

Cáncer de vejiga



Presentada con el apoyo de

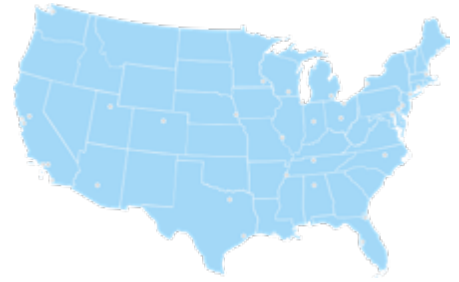


Acerca de NCCN Guidelines for Patients®



National Comprehensive
Cancer Network®

¿Sabía que los principales centros oncológicos de los Estados Unidos colaboran para mejorar la atención oncológica? Esta alianza de los principales centros oncológicos se denomina National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®).



La atención oncológica está en cambio constante. NCCN elabora recomendaciones para la atención oncológica basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones que se actualizan con frecuencia se denominan NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). NCCN Guidelines for Patients explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos para las personas con cáncer y sus cuidadores.

Esta NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para pacientes con cáncer de vejiga, versión 4.2024, del 9 de mayo de 2024.

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en internet
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)

Buscar un centro oncológico de NCCN cerca de usted
[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)

Comuníquese con nosotros



YouTube



Quiénes nos apoyan



NCCN Guidelines for Patients cuenta con el apoyo financiero de
NCCN Foundation®

**NCCN Foundation agradece profundamente a los siguientes
colaboradores por hacer posible esta
NCCN Guidelines for Patients:
Bristol Myers Squibb; Janssen Biotech, Inc.; y Pfizer Inc.**

NCCN adapta, actualiza y aloja de forma independiente la guía de NCCN Guidelines for Patients. Nuestras empresas colaboradoras no participan en la elaboración de esta NCCN Guidelines for Patients y no se responsabilizan del contenido ni las recomendaciones que se incluyen en la presente guía.

Para hacer una donación u obtener más información,
visite la página web o envíe un correo electrónico:

NCCNFoundation.org/donate

PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

4	Nociones básicas sobre el cáncer de vejiga
12	Estudios para detectar el cáncer de vejiga
22	Estadificación y clasificación
28	Opciones de tratamiento para el cáncer de vejiga
42	Tratamiento del cáncer de vejiga no músculo-invasivo
50	Tratamiento del cáncer de vejiga músculo-invasivo
66	Tratamiento del cáncer de vejiga metastásico
74	Tratamiento complementario y otra asistencia
80	Toma de decisiones sobre el tratamiento
92	Palabras que debe conocer
95	Colaboradores de NCCN
96	Centros oncológicos de NCCN
98	Índice

© 2024 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados.

NCCN Guidelines for Patients, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, incluidos los médicos y los pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con ningún fin comercial, ni puede afirmar, presuponer o implicar que NCCN Guidelines for Patients ni que se haya modificado de cualquier manera proviene o surge de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa en esta o se relaciona con esta. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede redefinirse siempre que se descubra información nueva importante. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso cualquiera sea el modo.

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer mediante la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también se compromete a avanzar en los tratamientos contra el cáncer subsidiando a los médicos prometedores del país en el centro de innovación en cuanto a investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients).

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100, Plymouth Meeting, PA 19462, EE. UU.

1

Nociones básicas sobre el cáncer de vejiga

- 5 Acerca del cáncer de vejiga
- 9 Tratamiento del cáncer de vejiga
- 11 Puntos clave

Tener cáncer puede ser preocupante y estresante. Este libro le ayudará a comprender su diagnóstico de cáncer de vejiga. También le explicará sus opciones de tratamiento. En conjunto, le dará la confianza necesaria para tomar decisiones bien informadas sobre lo que es mejor para usted. Esto puede reducir parte del miedo y la preocupación.

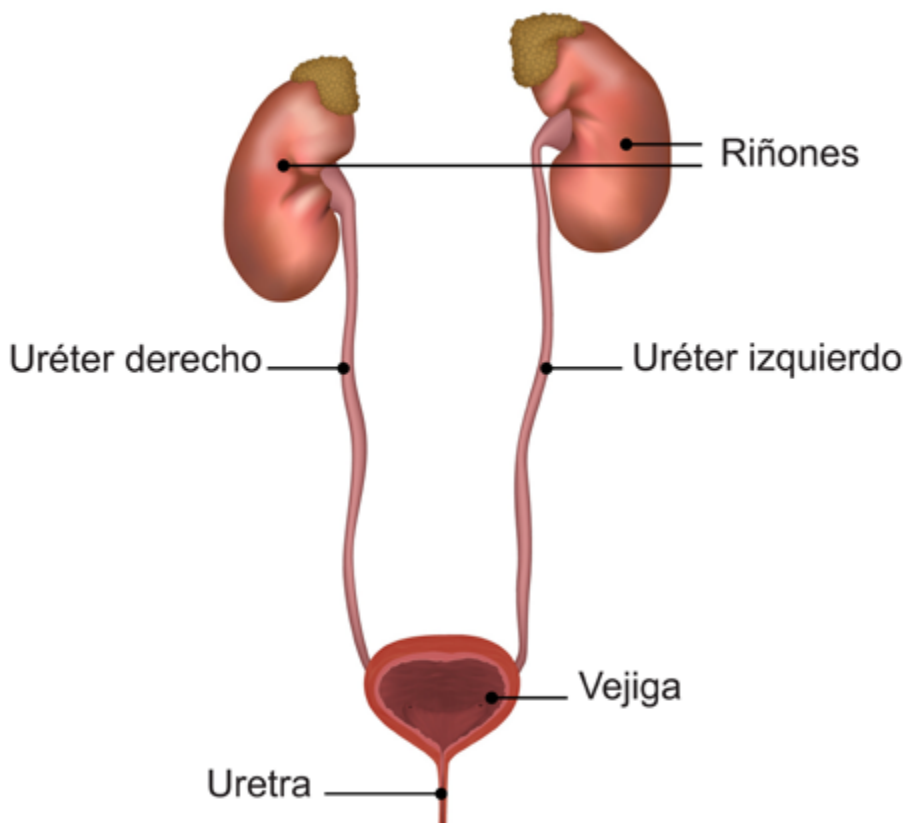
Acerca del cáncer de vejiga

¿Qué es el cáncer de vejiga?

El cáncer de vejiga es una enfermedad que se produce cuando las células del revestimiento interno de la vejiga crecen de forma descontrolada. La vejiga es un órgano hueco en forma de globo que almacena la orina. Está situada en la pelvis, la zona entre los huesos de la cadera, en la parte inferior del abdomen. El revestimiento interno de la vejiga, denominado urotelio, impide que la orina vuelva al organismo.

¿Qué función cumple la vejiga?

- La vejiga es un órgano hueco ubicado en la parte inferior de la pelvis. Su función principal es almacenar la orina (pis). En los adultos, la vejiga puede contener hasta dos vasos de orina.
- Los riñones producen la orina, que llega a la vejiga a través de dos conductos llamados uréteres.
- La vejiga aumenta de tamaño a medida que se llena de orina y se reduce al orinar. Tiene el tamaño aproximado de una naranja cuando está vacía y el de un pomelo cuando está llena.
- Al orinar, los músculos de las paredes de la vejiga se contraen. Esto obliga a la orina a salir de la vejiga a través de un conducto llamado uretra, que la expulsa del cuerpo.
- El conjunto de estos órganos se denomina tracto urinario.



El cáncer de vejiga se produce cuando las células anormales (cáncer) desarrollan errores genéticos (mutaciones) que hacen que produzcan muchas más células cancerosas. Las células cancerosas también evitan la muerte celular normal. A medida que las células cancerosas aumentan, estas se desplazan y superan en número a las células normales.

Con el tiempo, las células cancerosas pueden formar un tumor en la vejiga. A veces, las células crecen más profundamente e invaden la capa muscular de la vejiga. El cáncer puede incluso ir más allá de la vejiga y extenderse a otras partes del cuerpo.

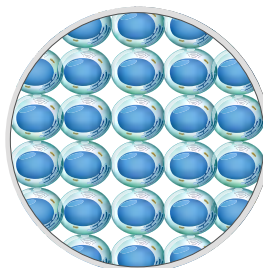
¿Es común el cáncer de vejiga?

El cáncer de vejiga es uno de los más frecuentes en adultos. La mayoría de las personas que tienen cáncer de vejiga son mayores de 55 años.

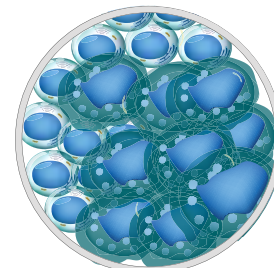
El cáncer de vejiga suele detectarse en un estadio temprano, cuando las posibilidades de tratamiento son elevadas. Sin embargo, el cáncer de vejiga suele reaparecer incluso después del tratamiento. En muchos casos, el cáncer de vejiga reaparece en un lugar diferente y a veces más avanzado que antes. Es por eso que son tan importantes las pruebas de seguimiento. Las personas con cáncer de vejiga necesitan realizarse pruebas de seguimiento periódicas durante muchos años para controlar la reaparición del cáncer.

El tipo más frecuente de cáncer de vejiga comienza en las células uroteliales, que son células elásticas que recubren el interior de la vejiga. Las células uroteliales también forman la capa interna en el resto del tracto urinario, que incluye los riñones, los uréteres y la uretra. El cáncer de urotelio puede originarse en estas zonas y no en la vejiga, aunque es menos frecuente.

Células sanas



Células cancerosas



Otros tipos de cáncer de vejiga (no uroteliales) son mucho menos frecuentes. Entre ellos se incluyen el carcinoma de células escamosas, el adenocarcinoma y el carcinoma de células pequeñas.

¿Cómo se detecta el cáncer de vejiga?

El cáncer de vejiga suele detectarse cuando una persona presenta síntomas. Un síntoma es un problema o sensación que puede indicar la presencia de una enfermedad o afección.

El síntoma más común del cáncer de vejiga, y el que suele aparecer primero, es la presencia de sangre en la orina (hematuria).

¿Cómo llega la sangre a la orina? Es probable que los tumores de vejiga liberen un poco de sangre, que se mezcla con la orina de la vejiga. La sangre puede teñir la orina de color rosa o rojo vivo. O bien, si no hay suficiente sangre para que sea visible, es posible que la orina tenga un aspecto normal. Su equipo clínico puede detectar la presencia de sangre al observar una muestra de orina con un microscopio.

La sangre en la orina puede deberse a muchas otras causas además del cáncer de vejiga. La causa más frecuente es una infección de las vías urinarias. Por eso, toda persona que presente sangre en la orina debe acudir a un profesional de atención médica para que se le realice un análisis de orina.

Los siguientes son otros síntomas del cáncer de vejiga:

- Micción frecuente
- Necesidad imperiosa de orinar
- Dolor al orinar
- Dolor de espalda

No todas las personas con cáncer de vejiga presentan todos estos síntomas. Algunas personas no presentan síntomas.

Una persona con uno o más de estos síntomas debe visitar a un médico u otro profesional de atención médica que puede indicarle diferentes pruebas. Estas pruebas se utilizan para realizar un diagnóstico. (Un diagnóstico significa detectar una enfermedad mediante el uso de pruebas).

¿Qué significa agresivo?

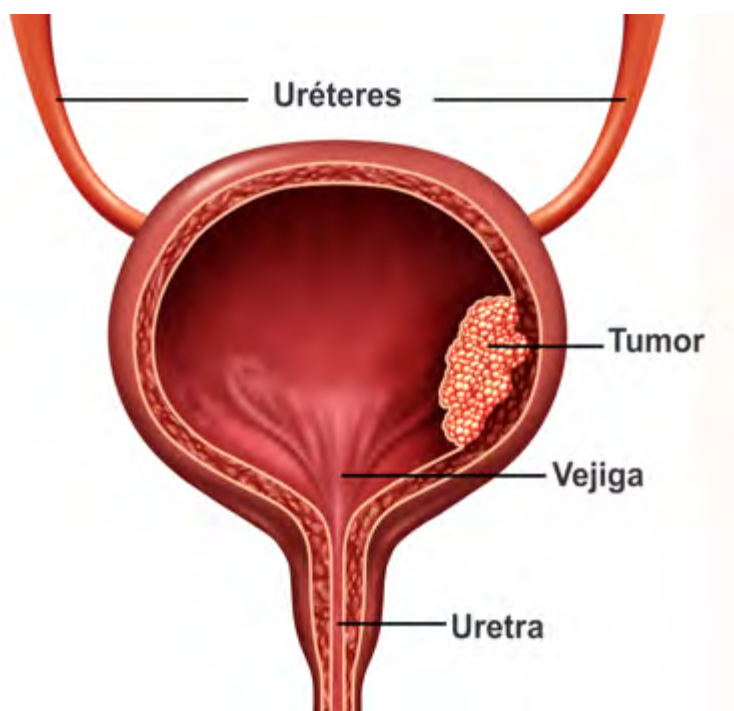
Cuando los profesionales de atención médica describen el cáncer como agresivo, esto significa que es probable que el cáncer crezca o se extienda más rápidamente que el promedio.

El término “agresivo” también se puede utilizar para describir a un tratamiento que es más fuerte o más intenso que otras opciones.

Cáncer de vejiga

El cáncer de vejiga suele describirse en función de su grado de extensión a la capa muscular de la vejiga.

En este caso, el tumor canceroso ha crecido y atravesado el revestimiento interno (capa urotelial) y ha invadido la capa muscular de la pared de la vejiga. Este tipo de cáncer se conoce como **cáncer de vejiga músculo-invasivo**.



Es posible que algunas de las personas que lean este libro ya se hayan realizado pruebas y hayan recibido un diagnóstico de cáncer de vejiga. Para quienes aún no tengan un diagnóstico, la única forma de asegurarse de que tienen cáncer de vejiga es realizarse pruebas para lo siguiente:

- Observar el interior de su vejiga (cistoscopia y estudios de diagnóstico por imágenes).
- Analizar la orina (análisis de orina y citología).
- Analizar una muestra de tejido vesical que se haya extirpado quirúrgicamente (resección y biopsia).

Hablaremos de estas y otras pruebas en el *capítulo 2*.

¿Cuáles son las causas del cáncer de vejiga?

Muchas personas se preguntan por qué tienen cáncer. Los expertos del cáncer no saben exactamente qué hace que las células de la vejiga crezcan de manera descontrolada. Lo que sí saben es que el cáncer de vejiga y otros tipos de cáncer comienzan con cambios anormales (mutaciones) en los genes de las células.

Los genes son pequeñas partes de una célula que contienen las instrucciones sobre su comportamiento. Estas instrucciones también controlan la formación de nuevas células. A veces, las mutaciones pueden confundir estas instrucciones. Esto puede convertir las células normales en células cancerosas.

En la mayoría de las personas con cáncer de vejiga, estas mutaciones no se transmiten de padres a hijos (mutación hereditaria). Se producen por sí solas y solo en las células cancerosas. Aun así, usted puede tener un mayor riesgo de desarrollar cáncer de vejiga si otro miembro de su familia también lo ha tenido.

En raras ocasiones, las mutaciones de estos genes pueden transmitirse de padres a hijos. El resultado es un mayor riesgo de desarrollar cáncer de vejiga. Sin embargo, solo algunas personas con estas mutaciones genéticas desarrollan cáncer de vejiga.

¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de vejiga?

Un factor de riesgo es algo que aumenta las probabilidades de tener una enfermedad. Los factores de riesgo no causan necesariamente cáncer de vejiga. Pero las personas con cáncer de vejiga suelen tener uno o más de estos factores de riesgo:

- **Tabaquismo:** fumar es el factor de riesgo principal del cáncer de vejiga. Representa aproximadamente la mitad de todos los casos. El tabaquismo pasivo también aumenta el riesgo de cáncer de vejiga. Dejar de fumar, incluso después del diagnóstico, puede ser útil.
- **Edad:** el riesgo de padecer cáncer de vejiga aumenta con la edad.
- **Antecedentes familiares:** el riesgo aumenta si usted o algún miembro de su familia ha tenido cáncer de vejiga. Además, las personas con una enfermedad hereditaria denominada síndrome de Lynch tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer en las vías urinarias, incluido el cáncer de vejiga.
- **Exposición a sustancias químicas:** algunas sustancias químicas utilizadas en tintes, caucho, cuero, materiales de impresión, textiles y productos de pintura se han relacionado con un riesgo elevado de cáncer de vejiga.

¿Cuál es el grado de avance del cáncer de vejiga?

Una vez detectado el cáncer de vejiga, es importante determinar hasta dónde ha crecido o se ha extendido. El cáncer de vejiga avanza en 3 fases:

- El **cáncer de vejiga no músculo-invasivo** crece sobre la capa interna de células uroteliales de la vejiga o dentro de ella, pero no dentro de la capa muscular de la vejiga.
- El **cáncer de vejiga músculo-invasivo** crece y atraviesa la capa urotelial interna de la vejiga y se extiende a la capa muscular. Pero no crece en ninguna otra parte.
- En el **cáncer de vejiga metastásico**, el cáncer se extiende fuera de la vejiga a otras partes del cuerpo. Las zonas más comunes de cáncer de vejiga metastásico son los ganglios linfáticos, los huesos, los pulmones, el hígado y la pared interna del abdomen. (Los ganglios linfáticos son pequeñas glándulas con forma de frijol que transportan un líquido llamado linfa y ayudan a combatir las infecciones. Los ganglios linfáticos se encuentran alrededor de las vías urinarias y por todo el cuerpo).

El tratamiento es diferente para cada una de estas tres fases del cáncer de vejiga. Estas fases se dividen a su vez en estadios, que se explican en el *capítulo 3*.

Tratamiento del cáncer de vejiga

¿Cuál es el mejor tratamiento para el cáncer de vejiga?

No existe un único tratamiento que sea el mejor para todo el mundo. El mejor tratamiento para el cáncer de vejiga es el que sea mejor para usted. Trabajaré con su equipo de tratamiento para elegir la opción más adecuada para usted. Esta elección se basa en el estadio del cáncer, así como en su estado general de salud y sus preferencias personales.

Muy a menudo, la mejor opción incluye más de un tipo de tratamiento. Los tratamientos habituales para el cáncer de vejiga incluyen los siguientes:

- Cirugía
- Quimioterapia
- Inmunoterapia
- Radioterapia
- Tratamiento dirigido

La cirugía, por sí sola o con otros tratamientos, puede utilizarse en muchos estadios del cáncer de vejiga. En el caso del cáncer menos avanzado, puede realizarse una intervención quirúrgica menor para extirpar solo el tumor. En el caso del cáncer más avanzado, puede extirparse quirúrgicamente toda la vejiga.

Además, puede recibir quimioterapia o inmunoterapia directamente en la vejiga. Para las personas con cáncer de vejiga metastásico, la quimioterapia o la inmunoterapia se utilizan para tratar el cáncer en cualquier parte del cuerpo. Otra opción de tratamiento es participar en un ensayo clínico.

También recibirá tratamiento para cualquier efecto secundario causado por el tratamiento del cáncer.

¿Se puede curar el cáncer de vejiga?

El cáncer de vejiga en estadio temprano (no invasivo) suele curarse. El tratamiento del cáncer de vejiga en un estadio más avanzado (músculo-invasivo) puede ser complicado, pero aun así puede eliminar el cáncer.

El cáncer de vejiga metastásico no suele ser curable, pero sigue siendo tratable. Además, los tratamientos mejoran constantemente. Para la mayoría de las personas con cáncer de vejiga, el tratamiento proporciona una vida más prolongada y confortable, con menos síntomas.

Es importante saber que el cáncer de vejiga suele reaparecer incluso después del tratamiento. De hecho, el cáncer de vejiga tiene más probabilidades de reaparecer que prácticamente cualquier otro tipo de cáncer. En consecuencia, usted y sus profesionales de atención médica deberán estar atentos a cualquier signo de reaparición del cáncer.

Aun así, hay esperanza. Si el cáncer reaparece, puede tratarse. Muchas personas viven con cáncer de vejiga y siguen teniendo una buena calidad de vida.

Además, las nuevas y mejores formas de detectar y tratar el cáncer de vejiga ayudan a las personas a vivir más tiempo y con menos efectos secundarios que en el pasado.

Los expertos auguran que el tratamiento mejorará rápidamente en los próximos años, con mejores resultados en todos los estadios del cáncer de vejiga.

Como resultado de los ensayos clínicos, se han aprobado o están a punto de aprobarse muchos tratamientos nuevos para el cáncer de vejiga. Como siempre, puede intentar participar en un ensayo clínico en prácticamente cualquier momento del tratamiento oncológico.



Puntos clave

- El cáncer de vejiga se produce cuando las células anormales de la capa de tejido interna de la vejiga crecen de forma descontrolada.
- El síntoma más frecuente del cáncer de vejiga es la presencia de sangre en la orina.
- El cáncer de vejiga se origina por cambios anormales (mutaciones) en los genes de las células.
- Fumar es el factor de riesgo principal del cáncer de vejiga.
- Muchos cánceres de vejiga pueden curarse. Todos los cánceres de vejiga pueden tratarse.
- Para la mayoría de las personas con cáncer de vejiga, el tratamiento requiere más de un tipo de terapia.
- El cáncer de vejiga suele reaparecer incluso después del tratamiento. Usted y su equipo de atención deberán vigilar la reaparición del cáncer durante el resto de su vida.



No busque su diagnóstico en Google ni asuma que las estadísticas definen su vida. La historia y la situación del cáncer de cada persona son diferentes”.

2

Estudios para detectar el cáncer de vejiga

13 Pruebas médicas generales

13 Análisis de sangre y orina

15 Cistoscopia y biopsia

17 Diagnóstico por imágenes

20 Riesgo de cáncer hereditario

20 Dejar de fumar

21 Puntos clave

Se necesitan varias pruebas para diagnosticar y tratar el cáncer de vejiga. En este capítulo se explican estas pruebas y lo que puede esperar cuando se las realicen.

Antes de poder recibir tratamiento, será necesario realizar varias pruebas para confirmar el diagnóstico. Estas pruebas determinan cuánto ha crecido el cáncer y qué tan rápido lo hace. Las pruebas también se utilizan para planificar el tratamiento, averiguar la eficacia del tratamiento y controlar si el cáncer reaparece después del tratamiento.

En este capítulo, se describe qué estudios podrían hacerle y qué debe esperar al realizarse cada uno de ellos. Vaya siempre acompañado por alguien que escuche, haga preguntas y escriba las respuestas.

A continuación se describen las pruebas y procedimientos que le pueden realizar. No todas las personas necesitarán todas estas pruebas.

Pruebas médicas generales

Antecedentes médicos y familiares

Los antecedentes médicos son un registro de todos los problemas de salud y tratamientos que ha tenido durante su vida. Prepárese para enumerar las enfermedades o lesiones que ha tenido y cuándo ocurrieron. Además, lleve una lista de los medicamentos recetados que toma habitualmente, incluso los de venta libre, las hierbas medicinales o los suplementos. Informe a su médico sobre cualquier síntoma que tenga.

Algunos tipos de cáncer, como otras enfermedades, son hereditarios. El equipo de atención le preguntará sobre los antecedentes médicos de sus familiares consanguíneos. Esta información se llama antecedentes familiares. Pregunte a sus familiares sobre los problemas de salud que han padecido, como afecciones cardíacas, cáncer y diabetes, y a qué edad se los diagnosticaron.

Examen físico

El examen físico es una revisión de su cuerpo para ver si hay signos de enfermedad. El profesional de atención médica puede palparle el abdomen y la pelvis en busca de anomalías o signos de sensibilidad.

Análisis de sangre y orina

Los análisis de sangre comprueban si hay signos de la enfermedad y el funcionamiento de los órganos. Un análisis de sangre requiere una muestra de su sangre, que se toma al colocar una aguja por una vena. Es posible utilizar una misma muestra para varios análisis de sangre diferentes:

Hemograma completo

El hemograma completo (HC) mide los niveles de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en la sangre. El médico averiguará si tiene suficientes glóbulos rojos para llevar oxígeno al cuerpo, glóbulos blancos para combatir infecciones y plaquetas para controlar sangrados.

Perfil metabólico completo

Un perfil metabólico completo (PMC) permite medir importantes sustancias químicas, proteínas y de otro tipo en la sangre. Los niveles demasiado altos o bajos pueden indicar un problema de salud en órganos como los riñones o el hígado.

¿Quién forma parte de su equipo de atención multidisciplinario?

El tratamiento del cáncer de vejiga requiere un abordaje en equipo. Algunos integrantes del equipo de atención médica lo acompañarán durante todo el tratamiento del cáncer, en tanto otros estarán presentes durante ciertos momentos. Los miembros de su equipo deben comunicarse entre sí y trabajar juntos para aportar los mejores conocimientos de cada especialidad. Esto se llama atención multidisciplinaria.

Según el diagnóstico, su equipo multidisciplinario puede incluir una docena o más de especialistas y profesionales de atención médica:

El **su médico de cabecera** se ocupa de la atención médica no relacionada con el cáncer. Puede ayudarlo a expresarle al equipo de atención su opinión con respecto a los tratamientos.

El **urólogo** es un experto que se especializa en el tracto urinario y en los órganos reproductores masculinos.

El **urólogo-oncólogo** es un cirujano que diagnostica cánceres del sistema urinario y de los órganos reproductores masculinos y los trata mediante cirugía y tratamiento intravesical.

El **oncólogo médico** trata el cáncer mediante terapias sistémicas, como quimioterapia e inmunoterapia. Con frecuencia, el oncólogo médico es quien coordinará su atención con otros miembros del equipo. De no ser así, pregunte quién coordinará su atención.

El **radiooncólogo** prescribe y planifica la radioterapia para tratar el cáncer.

Los **enfermeros oncológicos** brindan atención práctica, como el tratamiento sistémico, administran la atención, responden preguntas y lo ayudan a sobrellevar los efectos secundarios.

El **farmacéutico** prepara la quimioterapia y otros medicamentos, y puede ofrecer consejos sobre el tratamiento.



El **radiólogo especializado en diagnóstico** lee los resultados de las radiografías y otros estudios de diagnóstico por imágenes.

El **anestesiólogo** administra la anestesia, un medicamento para que no sienta dolor durante las operaciones o procedimientos.

Los **prestadores de práctica avanzada** son una parte importante de cualquier equipo. Son enfermeros practicantes y asociados médicos matriculados que controlan su salud y le brindan atención.

Los **residentes y becarios** son médicos que continúan su formación, en algunos casos, para convertirse en especialistas en un determinado campo de la medicina.

Los **nutricionistas** le ofrecen orientación sobre los alimentos o la dieta que son más adecuados para su afección en particular.

Los **psicólogos y psiquiatras** son expertos en salud mental que pueden ayudarlo a tratar problemas tales como depresión, ansiedad u otros trastornos relacionados con la salud mental que afectan cómo se siente.

Los **asesores genéticos** son expertos que ayudan a interpretar de qué manera sus antecedentes familiares pueden afectar su tratamiento.

Algunas pruebas importantes de un PMC son las siguientes:

- La **prueba de la función hepática** analiza las enzimas producidas por el hígado, como la fosfatasa alcalina y la bilirrubina.
- La **prueba de la función renal** mide los productos de desecho, como la creatinina y el nitrógeno ureico en sangre (NUS), para comprobar si los riñones funcionan con normalidad. Esta prueba puede ser muy útil para decidir su tratamiento.

Citología urinaria

La citología urinaria es una prueba de laboratorio en la que se analiza la orina en busca de células cancerosas o precancerosas. Es posible que le hagan una citología urinaria si tiene sangre en la orina.

La citología urinaria se realiza como otros análisis de orina: usted orina en un pequeño recipiente de plástico. O bien, su urólogo puede recolectar una muestra de su orina durante una cistoscopia. En cualquiera de los casos, la muestra de orina se envía a un laboratorio para su análisis. En el laboratorio, un anatomopatólogo (médico que examina células y tejidos para detectar enfermedades) utiliza un microscopio para detectar células anormales en la muestra de orina.

Si se encuentran células anormales, significa que el cáncer puede encontrarse en cualquier parte del sistema urinario. Necesitará realizarse una cistoscopia para averiguar si está en la uretra o en la vejiga. Si el cáncer no se encuentra en la uretra ni en la vejiga, deberá someterse a estudios de diagnóstico por imágenes para investigar los uréteres, los riñones u otras zonas.

Análisis de orina para detectar marcadores tumorales

Las células cancerosas se desprenden de los tumores al igual que los pelos se desprenden de un perro. Estas células cancerosas pueden llegar a la orina. Actualmente existen análisis de

orina que permiten identificar algunas de estas células tumorales específicas. Los científicos los denominan biomarcadores.

En la actualidad, las pruebas de biomarcadores pueden proporcionar algunas pistas útiles sobre el cáncer de vejiga, pero no son lo bastante fiables como para diagnosticarlo. Las pruebas de biomarcadores también se utilizan a veces para la vigilancia en personas que recibieron tratamiento para el cáncer de vejiga no músculo-invasivo. La vigilancia se refiere a observar si el cáncer reaparece después de haber sido tratado o extirpado.

Cistoscopia y biopsia

La cistoscopia es un procedimiento para observar el interior de la uretra y la vejiga en busca de cualquier signo de cáncer. En este procedimiento se utiliza un cistoscopio, un tubo con una cámara y una luz en el extremo, que se introduce en la uretra y llega hasta la vejiga.

La cistoscopia puede realizarse en el consultorio del urólogo, en un hospital o en una clínica. El procedimiento dura solo unos minutos, no requiere anestesia general y puede irse a casa después de hacérselo.

Durante una cistoscopia

Se recostará boca arriba en una camilla. Es posible que lo coloquen con los pies en alto y las rodillas separadas. Después de lubricar la uretra (y posiblemente adormecerla con un gel anestésico), el urólogo introducirá lentamente el cistoscopio por el orificio de la uretra. Este orificio se encuentra en la punta del pene o justo delante de la vagina. Al principio puede resultar incómodo, pero no debería ser doloroso. El cistoscopio se desplazará a través de la uretra hasta la vejiga.

El urólogo observará un monitor que muestra imágenes en tiempo real del interior de la vejiga. Si alguna zona le resulta sospechosa, el urólogo puede utilizar una pequeña herramienta del

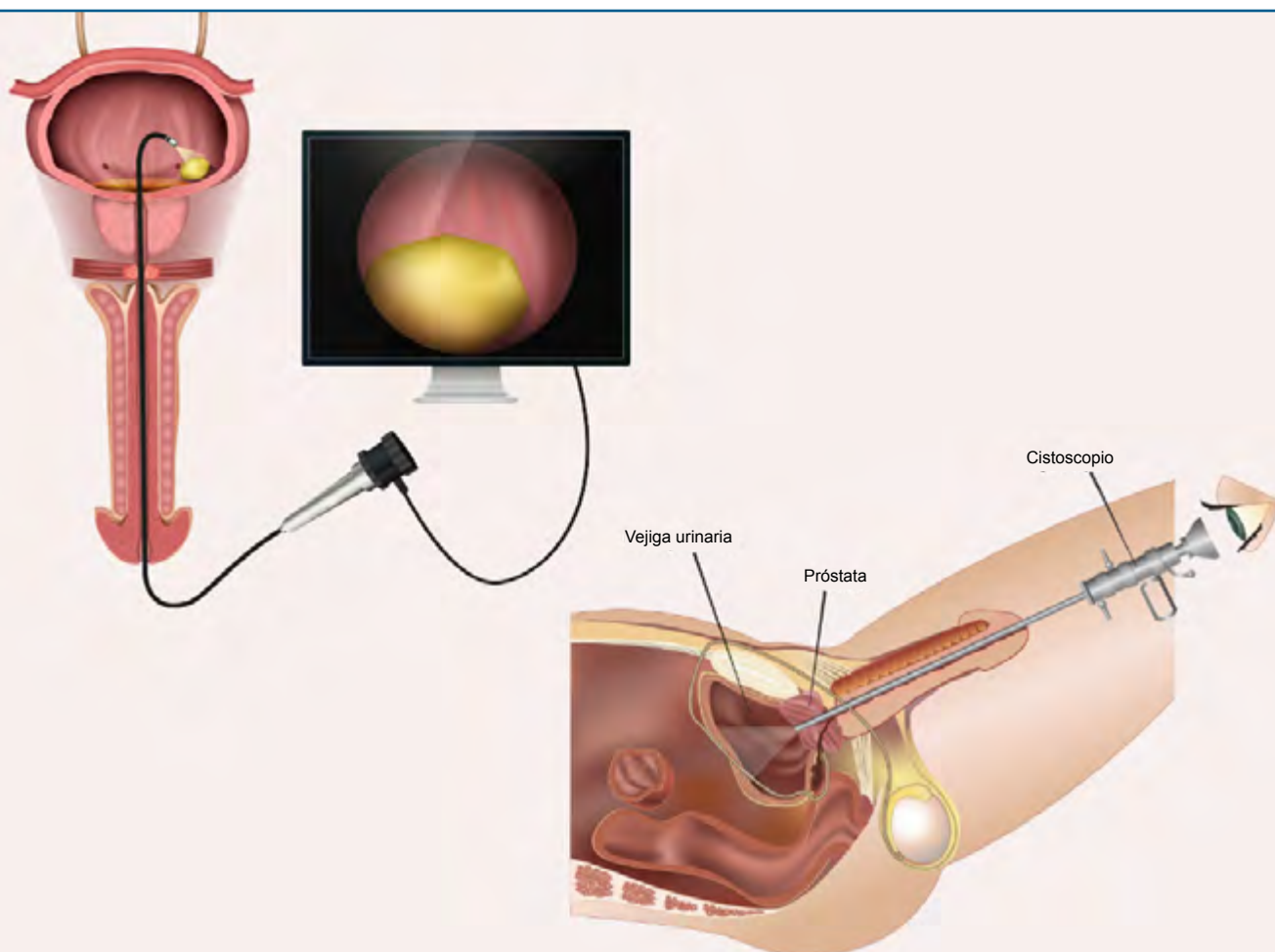
cistoscopio para extraer pequeñas muestras de tejido para analizarlas (biopsia). Si no se puede realizar una biopsia durante esta visita, es posible que se le programe un procedimiento distinto para otro día.

Además de las muestras para biopsia, el urólogo puede extirpar por completo crecimientos cancerosos muy pequeños durante la cistoscopia. Sin embargo, si se encuentra un tumor, será necesario extirparlo en un quirófano de una clínica u hospital. Este procedimiento se explica con más detalle en el *capítulo 4*.

Cistoscopia

La cistoscopia es un examen para observar el interior de la uretra y la vejiga y detectar cualquier signo de cáncer. Si algo le resulta sospechoso, el urólogo puede utilizar una pequeña herramienta del cistoscopio para extraer pequeñas muestras de tejido para analizarlas (biopsia).

Un cistoscopio flexible (arriba a la izquierda) se utiliza para la visualización y la biopsia. Un cistoscopio rígido (abajo a la derecha) es más invasivo, pero también permite extirpar tumores pequeños.



En un examen muy similar, denominado ureteroscopia, el cistoscopio va un poco más lejos para examinar las partes superiores de las vías urinarias: los uréteres y el interior de los riñones. La ureteroscopia solo se realiza si se detecta alguna anomalía en los uréteres o los riñones.

Después de una cistoscopia

Después del procedimiento, es posible que experimente uno o más de los siguientes efectos secundarios:

- Sangrado de la uretra, que puede aparecer de color rosa brillante en la orina o en el papel higiénico.
- Sensación de quemazón al orinar.
- Orinar con más frecuencia durante uno o dos días.

Si se ha tomado una muestra de tejido para una biopsia, se enviará al laboratorio y se analizará para detectar la presencia de cáncer.

Diagnóstico por imágenes

El estudio de diagnóstico por imágenes consiste en tomar fotografías (imágenes) detalladas del interior del cuerpo. Las imágenes pueden indicar el tamaño, la ubicación y otras características del cáncer. Las imágenes pueden revelar dónde comenzó el cáncer y si se ha extendido (hizo metástasis).

Después de realizar el estudio, un radiólogo estudiará las imágenes. Un radiólogo es un médico especializado en la interpretación de estudios de diagnóstico por imágenes. El radiólogo enviará los resultados a su médico o equipo de atención.

Esta información ayuda a planificar los siguientes pasos de su tratamiento. Su médico u otro profesional de atención médica analizará los resultados con usted. No olvide preguntar cualquier duda que tenga.

¿Es mejor la cistoscopia con luz azul?

La cistoscopia suele utilizar una luz blanca para ver el interior de la vejiga. Algunos cistoscopios más modernos utilizan ahora una luz azul. Cuando se combina con un medio de contraste especial que se inyecta en la vejiga, la cistoscopia con luz azul permite identificar los tumores con un poco más de nitidez que la luz blanca. Otra tecnología llamada imagen de banda estrecha también ayuda a detectar tumores con mayor claridad durante la cistoscopia, pero no requiere un medio de contraste.

Aunque tanto la cistoscopia con luz azul como las imágenes de banda estrecha pueden potencialmente detectar tumores mejor que la luz blanca estándar, son tecnologías relativamente nuevas y aún están en “fase de prueba”. A medida que haya más investigaciones, se podrá demostrar si pueden sustituir a la luz blanca o utilizarse con ella como método de detección estándar.

Entre los tipos de estudios de diagnóstico por imágenes se incluyen las radiografías, la tomografía computarizada (TC), la tomografía por emisión de positrones (TEP), la imagen por resonancia magnética (IRM) y la ecografía.

Exploración por TC

En una TC, se toman varias radiografías de la misma parte del cuerpo desde distintos ángulos. Una computadora combina todas las radiografías para obtener una serie de imágenes de sección transversal.

Para determinar si el cáncer se ha extendido más allá de la vejiga, es posible que le realicen una TC del abdomen y la pelvis. La pelvis es la zona del

abdomen inferior situada entre los huesos de la cadera; contiene los órganos reproductores, así como la vejiga y el recto.

El tomógrafo es una máquina grande que tiene un túnel en el centro. Durante el examen, estará acostado boca arriba sobre una tabla que se desliza lentamente hacia dentro de un túnel en el equipo. Es posible que se utilicen almohadas o correas para ayudarlo a no moverse durante la prueba.

Exploración por TEP/TC

La exploración por TEP utiliza un fármaco radiactivo que se inyecta en una vena para ver dónde se encuentran las células cancerosas en el organismo. Las células cancerosas aparecen como puntos brillantes en las exploraciones por TEP.

Cuando la exploración por TEP se combina con una TC, este procedimiento se conoce como exploración por TEP/TC. La TEP/TC crea imágenes detalladas que resultan útiles en determinadas situaciones clínicas para detectar el cáncer que se ha extendido fuera de la vejiga.

La TEP/TC puede realizarse con uno o dos equipos, dependiendo del centro oncológico.

IRM

Una IRM usa ondas de radio e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo. La IRM se utiliza para obtener una imagen más detallada del cáncer dentro de la vejiga o las vías urinarias. También se usa para determinar si el cáncer se ha extendido al hígado, a los ganglios linfáticos cercanos o a los huesos de la pelvis.

Al igual que un escáner de TC, en la IRM se usa una máquina grande con un túnel en el centro. A diferencia de la TC, la IRM no utiliza radiación (rayos X). Una IRM también hace mucho más ruido y tarda más que una exploración por TC. Informe a su equipo si los espacios pequeños le producen nerviosismo. Es posible que le administren un sedante (medicamento) para ayudarlo a relajarse. Tendrá que permanecer lo más quieto que pueda durante el estudio. Es posible que le coloquen almohadas o almohadones para ayudarlo a no moverse.

Diagnóstico por imágenes

Para determinar si el cáncer se ha extendido más allá de la vejiga, es posible que le realicen un estudio de diagnóstico por imágenes del abdomen y la pelvis.



Como la IRM usa imanes, no puede llevar ningún objeto metálico (como un teléfono celular, reloj pulsera, cinturón con hebilla metálica o alhajas) a la sala de diagnóstico por imagen.

Otros tipos de diagnóstico por imágenes

La TC y la IRM se utilizan habitualmente para determinar la extensión del cáncer de vejiga. A veces se utilizan otros tipos de diagnóstico por imágenes para buscar cáncer en otras partes de las vías urinarias o en otras partes del cuerpo:

- La **urografía** utiliza una solución de contraste y la TC o la IRM para ver el funcionamiento de todo el tracto urinario. El contraste facilita la visualización del revestimiento de los riñones, los uréteres y la vejiga. Es posible que le realicen una urografía si tiene síntomas como dolor en un costado o en la espalda, o si tiene sangre en la orina.
- La **ecografía renal** muestra los riñones, los uréteres y la vejiga en tiempo real. Es la misma tecnología que se utiliza para observar a un bebé en el útero. La ecografía renal es una prueba indolora y no quirúrgica que genera imágenes en blanco y negro de los riñones y otros órganos.
- La **pielografía** utiliza rayos X y una solución de contraste para detectar una obstrucción (como un tumor, un cálculo renal o un coágulo sanguíneo) en los uréteres o los riñones. Esta prueba también puede utilizarse para encontrar las causas de la presencia de sangre en la orina. La pielografía suele realizarse en un quirófano durante una cistoscopia. Se le administrará anestesia para este procedimiento. Durante la cistoscopia, el contraste se administra por vía intravenosa (inyección en una vena) o se inyecta directamente en los uréteres.

Tipos de pruebas

Los resultados de los análisis de sangre, los estudios de diagnóstico por imágenes y las biopsias se utilizarán para determinar su plan de tratamiento. Es importante que comprenda lo que significa cada estudio. Haga preguntas y guarde copias de los resultados de sus estudios. Los portales para pacientes en internet son una manera práctica de acceder a los resultados de sus estudios.

Siga estos consejos para realizar las pruebas:

- ✓ Vaya acompañado a las visitas al médico si es posible.
- ✓ Escriba preguntas y tome notas durante las citas. No tenga miedo de hacer preguntas a su equipo de atención médica.
- ✓ Obtenga copias de sus análisis de sangre, resultados de estudios de diagnóstico por imágenes e informes anatomopatológicos. Otros profesionales o especialistas podrían pedirselos.
- ✓ Organice su documentación. Arme archivos para los formularios del seguro, la historia clínica y los resultados de los estudios. Puede hacer lo mismo en su computadora.
- ✓ Elabore una lista con la información de contacto de todos los miembros del equipo de atención médica. Agréguela a su teléfono móvil. Coloque la lista en la puerta del refrigerador o guárdela en un lugar donde alguien pueda acceder a ella en caso de emergencia. Mantenga informado a su médico de atención primaria sobre los cambios en esta lista.

- El **diagnóstico por imágenes del tórax** utiliza la TC o las radiografías para comprobar si el cáncer ha llegado a los pulmones.
- La **gammagrafía ósea** se realiza cuando los síntomas indican que el cáncer puede haberse extendido a los huesos.

Riesgo de cáncer hereditario

A veces, las mutaciones en los genes heredados de sus padres pueden aumentar el riesgo de padecer diferentes tipos de cáncer. También puede transmitir estos genes a sus hijos. Otros familiares también pueden ser portadores de estas mutaciones. Si tiene antecedentes familiares de cáncer o de otras características, su médico puede indicarle la realización de estudios genéticos para detectar si tiene riesgo hereditario de padecer cáncer.

El objetivo de este tipo de estudios genéticos es detectar mutaciones de estirpe germinal (hereditarias) que están presentes en cada célula del cuerpo. Los estudios de la estirpe germinal pueden ser más recomendables para las personas si:

- ya han tenido cáncer;
- un familiar cercano ha tenido cáncer de vejiga;
- tienen menos de 50 años;
- tienen cáncer del tracto urinario superior;
- tienen cáncer de grado alto (crecimiento rápido);
- tienen síndrome de Lynch o un familiar lo tiene.

Si presenta uno o varios de estos factores, debe solicitar asesoramiento genético. Un asesor genético es un experto especialmente capacitado en enfermedades genéticas que puede ayudarlo a decidir si desea someterse a un estudio de estirpe germinal. El estudio se realiza a partir

Dejar de fumar es difícil. Conseguir ayuda puede mejorar sus posibilidades de dejarlo para siempre.

de una muestra de sangre, saliva, orina o tejido tumoral. El asesor genético también lo ayudará a interpretar los resultados de estas pruebas. (Pregunte a su equipo de atención médica o visite findageneticcounselor.com).

En el caso del cáncer de vejiga, las mutaciones de estirpe germinal más frecuentes se encuentran en los siguientes genes: *CDKN2A*, *FGFR3*, *PIK3CA*, *ERBB2*. Si tiene un riesgo hereditario, su cáncer podría requerir la realización de pruebas adicionales o un tratamiento especializado.

Dejar de fumar

El tabaquismo aumenta el riesgo de padecer cáncer de vejiga. Las personas que fuman tienen tres veces más probabilidades de morir de cáncer de vejiga que las que no fuman.

Cuanto más fume, mayor será el riesgo. Sus familiares y amigos también podrían tener un riesgo mayor debido a que la exposición pasiva al humo puede aumentar también su riesgo de desarrollar cáncer de vejiga.

Dejar de fumar puede reducir el riesgo de desarrollar cáncer y otras enfermedades graves. También puede ayudar a que los tratamientos contra el cáncer de vejiga funcionen mejor.

Puntos clave

- Los análisis de sangre y orina pueden revelar si algo no funciona bien en su organismo. Esto puede ser un indicio de que tiene una enfermedad grave, como el cáncer.
- La cistoscopia utiliza un dispositivo de visualización que se introduce a través de la uretra para detectar cáncer en el interior de la vejiga.
- Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden mostrar si el cáncer se ha extendido a tejidos, órganos y ganglios linfáticos cercanos a la vejiga, o a partes distantes del cuerpo.
- La urografía utiliza contraste y TC o IRM para observar el revestimiento de las vías urinarias y determinar la extensión del cáncer de vejiga.
- La urografía utiliza contraste y TC o IRM para observar el funcionamiento de las vías urinarias y determinar el alcance del cáncer de vejiga.
- Las personas que fuman tienen muchas más probabilidades de morir de cáncer de vejiga que las que no fuman.

Si fuma o vapea, pida ayuda para dejar de hacerlo

Si fuma tabaco o usa cigarrillos electrónicos, es muy importante que deje de hacerlo. Fumar o vapear puede limitar los efectos del tratamiento del cáncer. Fumar aumenta mucho sus posibilidades de sufrir efectos secundarios durante y después de la cirugía. También aumenta las posibilidades de desarrollar otros cánceres.

La nicotina es la sustancia química que se encuentra en el tabaco y que hace que quiera seguir fumando. La abstinencia de la nicotina es un reto para la mayoría de las personas que fuman. El estrés de tener cáncer puede dificultar aún más el dejar de fumar. Si fuma o vapea, pregunte a su equipo de atención sobre asistencia psicológica y medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar.

Para obtener ayuda en línea, consulte estos sitios web:

- [SmokeFree.gov](https://www.smokefree.gov)
- [BeTobaccoFree.gov](https://www.betobaccofree.gov)
- [CDC.gov/tobacco](https://www.cdc.gov/tobacco)

3

Estadificación y clasificación

23 ¿Hasta dónde y a qué velocidad?

24 Estadio

26 Grado

26 Subtipos

27 Puntos clave

El estadio y el grado de su cáncer representan qué tanto se ha extendido su cáncer y qué tan rápido. Su equipo de atención médica necesita conocer el estadio y el grado de su cáncer para predecir la evolución de la enfermedad y elaborar un plan de tratamiento.

¿Hasta dónde y a qué velocidad?

Seguro le han hecho muchas pruebas para evaluar su cáncer. Pero antes de recibir tratamiento, el equipo de atención médica debe determinar cuánto ha crecido el cáncer y a qué velocidad lo hace. Esto se obtiene mediante la estadificación y la clasificación.

- El **estadio** mide la extensión física del cáncer. Se trata de una calificación numérica que indica hasta qué punto ha crecido el cáncer en la pared de la vejiga. Los números van de 0 a 4, donde 0 significa que no ha crecido dentro de la vejiga y 4 significa que ha atravesado la pared de la vejiga y se ha extendido a otras partes del cuerpo.
- El **grado** mide la agresividad general del cáncer. Es una estimación del ritmo de crecimiento del cáncer. El grado del cáncer puede ser bajo (lento) o alto (rápido).

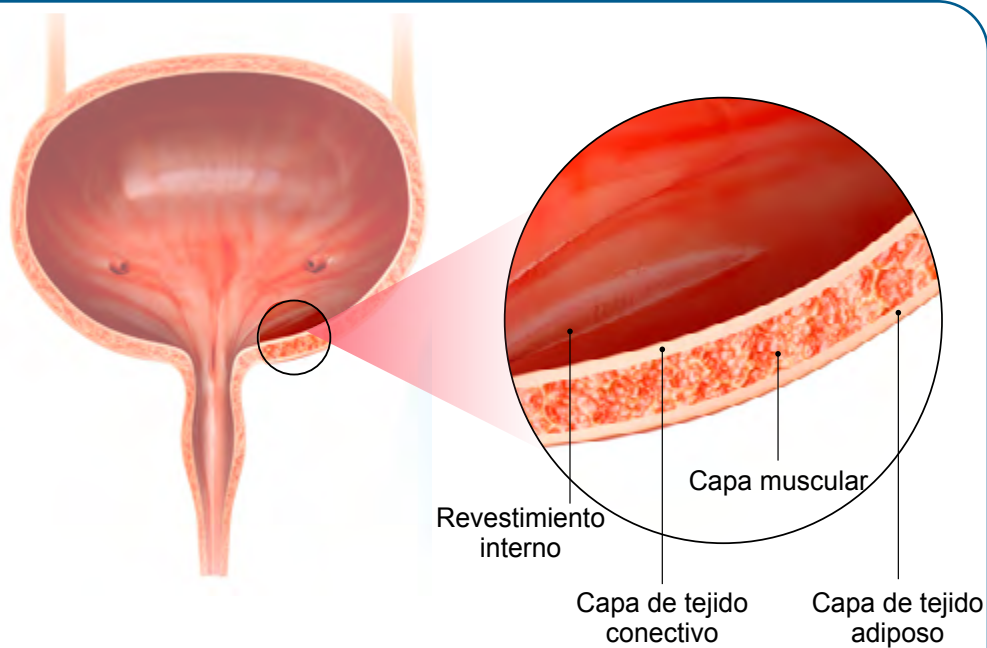
Es importante que el equipo de atención médica conozca el estadio y el grado del cáncer para predecir la evolución de la enfermedad y elaborar un plan de tratamiento.

En los próximos capítulos se explica cómo se utilizan estas calificaciones para seleccionar los tratamientos. Pero antes, conozcamos mejor la estadificación y la clasificación.

Capas de la vejiga

La pared de la vejiga tiene cuatro capas principales. Desde el interior hacia el exterior, son las siguientes:

- Revestimiento interno (capa urotelial)
- Capa de tejido conectivo
- Capa muscular
- Capa externa de tejido adiposo



Estadio

La estadificación es una manera de describir la cantidad del cáncer en el cuerpo, cuánto ha crecido y el grado de extensión. Si el cáncer se ha extendido fuera de la vejiga (metástasis), la estadificación describe hacia dónde se ha extendido y si está afectando a otras partes del cuerpo.

La estadificación utiliza los resultados de las pruebas para identificar y localizar el cáncer. La estadificación lo ayuda a usted y a su equipo de atención médica a elegir el mejor tratamiento.

Existen cinco estadios del cáncer de vejiga: 0, 1, 2, 3 y 4. Algunos estadios también se dividen en subgrupos.

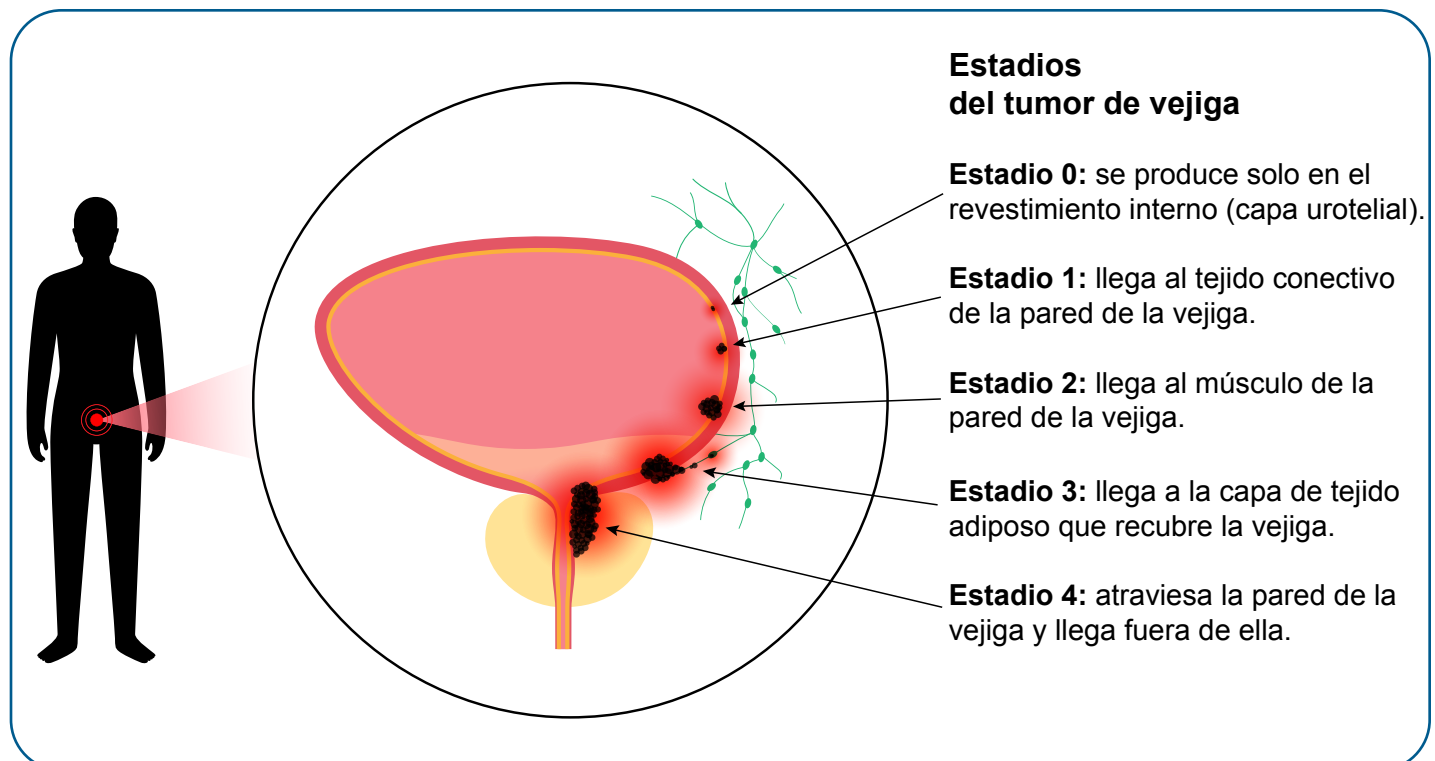
Es posible que el estadio del cáncer aparezca escrito con una T, que significa tumor: T0, T1, T2, T3 y T4.

Un aspecto importante del cáncer de vejiga es si el tumor se ha extendido o no hacia el músculo de la vejiga. El cáncer en estadio 0 y estadio 1 no se ha extendido a la capa muscular (no músculo-invasivo). El cáncer en los estadios 2, 3 y 4 se ha extendido hasta la capa muscular (músculo-invasivo). El cáncer que ha invadido la capa muscular requiere un tratamiento más intenso.

Estadio 0

El estadio 0 es el estadio más temprano del cáncer de vejiga. Este estadio del cáncer afecta solo al revestimiento interno de la vejiga (capa urotelial). El estadio 0 se divide en dos subgrupos:

- El **estadio 0a** describe las células cancerosas que crecen desde el revestimiento interno hacia el centro hueco de la vejiga, en lugar de crecer hacia la pared de la vejiga.



- El **estadio 0is** corresponde al carcinoma *in situ* (CIS). Se trata de un parche plano de células cancerosas que no ha crecido más allá de donde empezó. Todavía está en la superficie del revestimiento de la vejiga y aún no ha invadido capas más profundas. Sin embargo, el carcinoma *in situ* es de crecimiento rápido, agresivo y puede ser muy grave.

Estadio 1

En el estadio 1 ha crecido y atravesado el revestimiento interno de la pared de la vejiga hasta la capa de tejido conectivo. Pero en este estadio 1 no ha invadido la capa muscular de la pared de la vejiga (no músculo-invasivo).

Estadio 2

El cáncer de vejiga en estadio 2 ha crecido hasta la capa muscular (músculo-invasivo), pero no ha alcanzado la capa de tejido adiposo que recubre el exterior de la vejiga ni se ha extendido a ningún otro lugar.

Estadio 3

En el estadio 3 ha crecido y atravesado la pared de la vejiga y se ha extendido a la capa de tejido adiposo que la rodea. También puede haberse extendido a los ganglios linfáticos y órganos cercanos (en la pelvis). El estadio 3 se divide en dos subgrupos:

- El cáncer de vejiga en **estadio 3A** puede estar solo en el tejido adiposo que rodea la vejiga o haberse extendido a un solo ganglio linfático cercano. También puede invadir órganos reproductores cercanos, como la glándula prostática, el útero o la vagina. El cáncer en estadio 3A no se ha extendido a ganglios u órganos alejados de la vejiga.

- El **estadio 3B** presenta las mismas características que el estadio 3A, pero el cáncer se ha extendido a varios ganglios linfáticos de la pelvis. El cáncer en estadio 3B no se ha extendido a los ganglios linfáticos ni a órganos alejados de la vejiga.

Estadio 4

El cáncer en estadio 4 ha crecido y atravesado la pared de la vejiga y puede haberse extendido a ganglios linfáticos u órganos alejados de la vejiga. El estadio 4 se divide en dos subgrupos:

- En el **estadio 4A** ha invadido la pared de la pelvis o el abdomen. O se ha extendido a ganglios linfáticos alejados de la vejiga.
- El **estadio 4B** significa que se ha extendido a ganglios linfáticos y órganos lejanos como los huesos, el hígado o los pulmones. El estadio 4B es el cáncer de vejiga metastásico.

Grado

El siguiente dato utilizado para planificar el tratamiento es el grado del cáncer. El grado mide la agresividad del cáncer. El grado es una calificación que muestra qué tan rápido es probable que crezca y se extienda el cáncer.

Para determinar el grado, un anatomopatólogo analizará una muestra de su tumor en un laboratorio. El anatomopatólogo comparará las células cancerosas con las células normales. Cuanto más diferentes parezcan, mayor será el grado. Además, cuanto más alto sea el grado, más rápido se prevé que se extienda el cáncer.

- **LG** significa que las células cancerosas son de grado bajo (crecimiento lento).
- **HG** significa que las células cancerosas son de grado alto (crecimiento rápido).

Subtipos

El revestimiento interno de la vejiga está formado por células uroteliales. La mayoría de los casos de cáncer de vejiga comienzan en las células uroteliales. Por eso este tipo de cáncer se denomina cáncer urotelial.

Pero en raras ocasiones, el cáncer de células uroteliales presenta características que se parecen a otros tipos de células. Estos se denominan subtipos. Algunos de ellos son los siguientes:

- Subtipo glandular
- Subtipo de células escamosas
- Subtipo micropapilar
- Subtipo plasmocitoide
- Subtipo sarcomatoide
- Subtipo anidado
- Subtipo similar al linfopitelioma
- Subtipo microquístico y tubular

Es importante investigar si usted tiene uno de estos u otro subtipo. En general, el tratamiento de estos subtipos poco frecuentes es similar en los estadios tempranos para el tratamiento del cáncer urotelial típico. Sin embargo, algunos subtipos pueden crecer o avanzar más rápido que el cáncer de células uroteliales típico. Un crecimiento más rápido puede implicar la necesidad de un tratamiento más agresivo.

Puntos clave

- Un aspecto importante del cáncer de vejiga es si el tumor se ha extendido o no hacia la capa muscular. El cáncer que ha invadido el músculo requiere un tratamiento más agresivo.
- El estadio del cáncer describe qué tan profundo ha crecido en la pared de la vejiga y hasta dónde se ha extendido. El estadio del cáncer se utiliza para determinar qué pruebas y tratamientos lo ayudarán a obtener los mejores resultados.
- El cáncer de vejiga en estadio 0 y estadio 1 no ha invadido la capa muscular. El estadio 0 significa que han crecido células anormales en el revestimiento interno de la vejiga. El estadio 1 significa que se ha formado un tumor que invadió la capa de tejido conectivo de la pared de la vejiga.
- Los cánceres de vejiga en estadios 2, 3 y 4 son músculo-invasivos. El tumor ha invadido la capa muscular de la pared de la vejiga.
- En el cáncer de vejiga en estadio 3, el tumor ha crecido hasta la capa de tejido adiposo que rodea la vejiga. También puede haber cáncer en los ganglios linfáticos cercanos.
- El estadio 4 es el cáncer de vejiga metastásico. Se trata de un cáncer que se ha extendido fuera de la vejiga y a partes distantes del cuerpo.
- El grado del cáncer es una estimación de la velocidad a la que se prevé que crezca el cáncer. El cáncer de vejiga de grado bajo es de crecimiento lento. El cáncer de grado alto crece más rápidamente.



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer.

Realice nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.

[NCCN.org/patients/feedback](https://www.nccn.org/patients/feedback)

4

Opciones de tratamiento para el cáncer de vejiga

- 29 Cirugía
- 33 Tratamiento intravesical
- 35 Tratamiento sistémico
- 36 Radioterapia
- 37 Ensayos clínicos
- 39 Tratamiento complementario
- 39 Efectos secundarios del tratamiento
- 40 Puntos clave
- 41 ¿Cuál es el estadio de su cáncer?

En este capítulo se explican las diferentes opciones de tratamiento para el cáncer de vejiga. Muchas de las personas con cáncer de vejiga reciben más de un tipo de tratamiento. Juntos, usted y su equipo de atención elegirán el plan de tratamiento que sea mejor para usted.

El tratamiento del cáncer de vejiga depende de muchos factores. Por ejemplo, la extensión, la gravedad y el tipo de cáncer. También depende de su edad, su capacidad para realizar las tareas cotidianas, sus otros problemas de salud y la disponibilidad y asequibilidad de los fármacos. Lo más importante es que el tratamiento también se basa en sus deseos y preferencias.

Existen varias formas de tratar el cáncer de vejiga. Es probable que necesite diferentes tipos de tratamiento a lo largo de meses o años. Los tratamientos incluyen lo siguiente:

- **Cirugía:** el objetivo de la cirugía es extirpar el tumor y, en ocasiones, el tejido circundante. Los procedimientos quirúrgicos van desde la extirpación de un solo tumor del revestimiento de la vejiga hasta la extirpación de toda la vejiga y otros órganos.
- **Tratamiento intravesical:** consiste en llenar la vejiga con un medicamento líquido que ayuda a destruir las células cancerosas.
- **Tratamiento sistémico:** suele ser un tratamiento intravenoso (IV) que trata el cáncer en cualquier parte del cuerpo. Las alternativas de tratamiento sistémico incluyen quimioterapia, inmunoterapia y tratamiento dirigido.

- **Radioterapia:** es un tratamiento local, lo que significa que afecta a una zona específica del cuerpo. A veces se combina la quimioterapia u otro tratamiento con la radioterapia para mejorar el resultado.
- **Ensayo clínico:** los ensayos clínicos se realizan para probar tratamientos experimentales. Puede unirse a un ensayo clínico en cualquier momento.

Cirugía

Los tipos de cirugía para el cáncer de vejiga incluyen la extirpación del tumor y la de la vejiga.

Extirpación del tumor

En el caso del cáncer de vejiga, una intervención quirúrgica denominada resección permite extirpar el tumor pero dejar el resto de la vejiga en su sitio. El nombre completo del procedimiento es resección transuretral del tumor de vejiga (RTUV).

Aunque tiene un nombre complicado, el concepto de RTUV es sencillo. Es un procedimiento para extirpar tumores través de la uretra sin necesidad de realizar incisiones en el abdomen. Posteriormente, puede analizarse el tumor para obtener un diagnóstico más detallado.

La RTUV se realiza en el quirófano de una clínica u hospital. Se le administrará anestesia para dormirlo. A continuación, el urólogo guía un instrumento con un pequeño dispositivo de corte a través de la uretra hasta la vejiga. El instrumento se utiliza para examinar y extirpar el tumor del revestimiento de la vejiga.

Los principales objetivos de la RTUV son los siguientes:

- Confirmar el diagnóstico inicial de cáncer de vejiga.
- Tomar una muestra de la pared de la vejiga para determinar si el tumor ha invadido la capa muscular.
- Extirpar todo el tumor visible.

Después del procedimiento, la mayoría de las personas pueden irse a casa el mismo día. Pero necesitará unos días para descansar y recuperarse. Es posible que sienta dolor o ardor al orinar y que haya sangre en la orina durante las dos semanas siguientes aproximadamente.

Puede ser necesaria otra RTUV entre 2 y 6 semanas después de la primera. La segunda RTUV se realiza para asegurarse de que se ha extirpado todo el tumor. También puede realizarse para obtener una muestra de biopsia más profunda para que la examine el anatomopatólogo.

Un tratamiento llamado tratamiento intravesical suele administrarse junto con la RTUV. (Encontrará más información sobre el tratamiento intravesical más adelante).

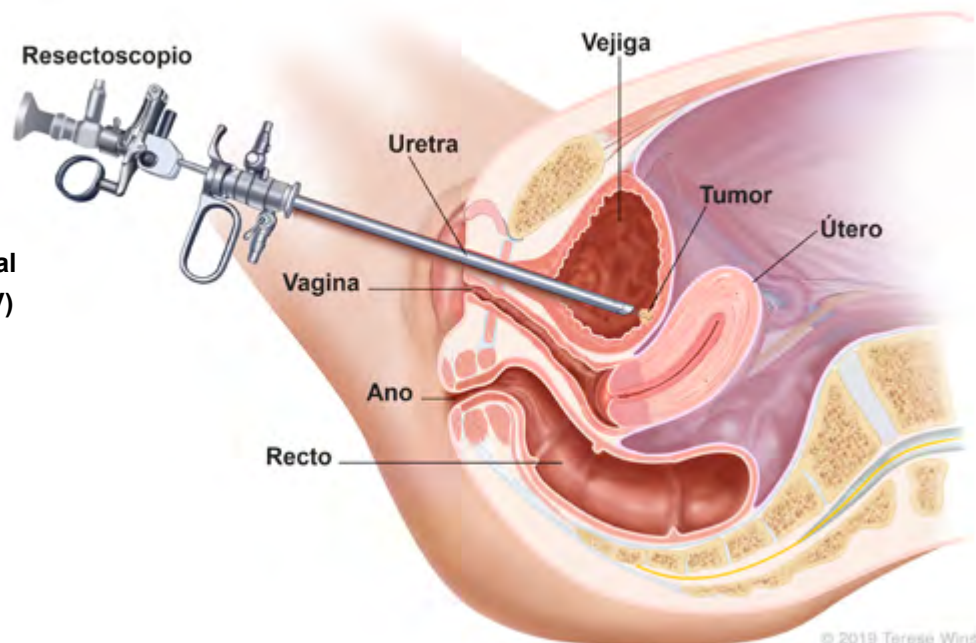
Extirpación de la vejiga

El procedimiento denominado cistectomía permite tratar el cáncer de vejiga mediante la extirpación de toda la vejiga. Cuando se utiliza la palabra radical, significa extirpar la vejiga y los ganglios linfáticos cercanos. Si la enfermedad se ha extendido más allá, a veces también es necesario extirpar otros órganos cercanos, entre ellos:

- Uretra
- Próstata
- Vesículas seminales (glándulas que ayudan a producir semen)

RTUV

La resección transuretral del tumor vesical (RTUV) es un procedimiento que permite examinar y extirpar tumores de la pared de la vejiga.



- Parte del conducto deferente (tubo que transporta el espermatozoides desde los testículos)
- Uretra proximal (parte de la uretra que pasa por la próstata)
- Útero
- Ovarios
- Trompas de Falopio
- Parte de la vagina

La cistectomía radical es la cirugía más utilizada para el cáncer de vejiga músculo-invasivo. Es una operación importante en la que hay que hacer un corte en el abdomen. Deberá permanecer en el hospital varios días. La recuperación puede llevar de 2 a 3 meses o más.

Entre los efectos secundarios y complicaciones habituales de una cistectomía radical se incluyen estreñimiento, diarrea, hemorragias, problemas intestinales, infecciones y cambios en la función sexual. Hable con su urólogo y equipo de tratamiento sobre los riesgos, beneficios y efectos secundarios de una cistectomía radical.

Dado que en la cistectomía radical se extirpa toda la vejiga, necesitará una nueva vía de salida de la orina. Por eso se realiza al mismo tiempo otro procedimiento, llamado derivación urinaria.

Para conocer los 3 tipos de derivación urinaria, **consulte la página siguiente.**

Cistectomía parcial

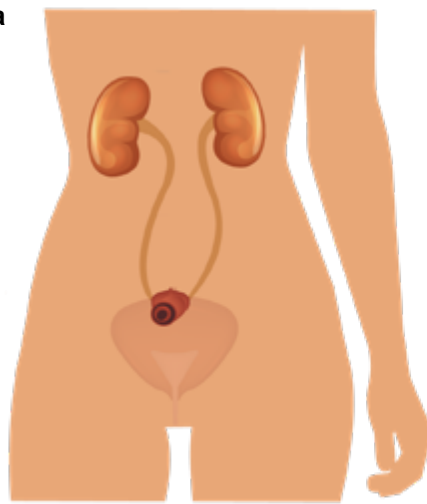
La cistectomía parcial es una cirugía en la que se extirpa parte de la vejiga. No se utiliza de forma generalizada para el tratamiento del cáncer de vejiga. Menos de 1 de cada 20 personas con cáncer de vejiga son aptas para una cistectomía parcial. Solo puede realizarse si el cáncer está en un lugar que puede extirparse limpiamente sin extirpar toda la vejiga.

Cistectomía

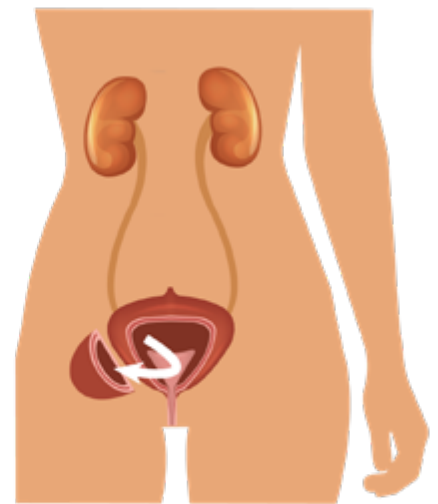
La cistectomía es una cirugía para extirpar la vejiga.

La cistectomía radical consiste en extirpar toda la vejiga, los ganglios linfáticos cercanos y otros órganos. Es la cirugía más frecuente para el cáncer de vejiga músculo-invasivo.

La cistectomía parcial permite extirpar parte de la vejiga. Rara vez se utiliza para el cáncer de vejiga.



Cistectomía radical



Cistectomía parcial



Tipos de derivación urinaria

Si se extirpa la vejiga, la orina necesita otra vía para que se expulse del cuerpo. Esto requiere un procedimiento quirúrgico adicional denominado derivación urinaria. Hay 3 tipos de derivaciones urinarias:

Conducto ileal

En esta derivación urinaria, el cirujano extirpa una sección del intestino delgado (íleon) para utilizarla como tubo (o conducto). El cirujano también crea un pequeño orificio, denominado estoma, en la pared abdominal. Un extremo de la sonda se conecta a los uréteres, como antes se conectaban a la vejiga. El otro extremo del tubo se conecta al estoma. La orina se drena desde los riñones y los uréteres, pasa a través de la sonda y sale del cuerpo a través del estoma.

La orina puede salir por el estoma en cualquier momento. Se coloca una pequeña bolsa desechable en la parte externa del abdomen para recolectar la orina cuando sale del estoma. Esto se denomina bolsa de ostomía. La bolsa se fija al cuerpo con la ayuda de un anillo adhesivo. El anillo se adhiere a la piel y actúa como una barrera hermética.

La mayoría de las personas necesitan vaciar la bolsa cada 2 o 4 horas, según la cantidad de líquido que beban. La parte inferior de la bolsa tiene una boquilla para vaciar la orina en un inodoro sin quitarse la bolsa.

Neovejiga

En este procedimiento, la vejiga se sustituye por un segmento de intestino delgado que actúa como una nueva vejiga (neovejiga). Al igual que la vejiga original, esta vejiga sustituta está unida a los uréteres por un extremo y a la uretra por el otro. Esto significa que la orina sigue la misma ruta de salida del cuerpo que seguiría normalmente si aún tuviera la vejiga. Como la orina sale del cuerpo de la forma habitual, no se necesita un estoma ni una bolsa de ostomía.

La neovejiga no funciona exactamente igual que una vejiga real. Es probable que al principio necesite vaciarla con más frecuencia, tal vez cada 1 a 3 horas. Además, es posible que la orina se escape en momentos imprevistos o no deseados, por ejemplo, mientras duerme. Esto se denomina incontinencia urinaria. Con tiempo y aprendizaje, podrá controlar mejor el flujo de orina de la neovejiga. Aun así, puede resultar difícil vaciar completamente una neovejiga. A algunas personas se les inserta una sonda a través de la uretra para ayudarlos a vaciar la neovejiga.

Bolsa cutánea continente (bolsa de Indiana)

Esta derivación urinaria utiliza una porción del intestino grueso para crear una bolsa para contener la orina. (También se denomina bolsa de Indiana porque fue desarrollada por cirujanos de la University of Indiana).

Se utiliza una sección del intestino delgado para conectar la bolsa a un estoma en la pared del abdomen. Una válvula unidireccional, formada con parte del intestino, impide que la orina fluya fuera del estoma.

El estoma puede cubrirse con un pequeño vendaje. A veces el estoma puede hacerse en el ombligo, lo que lo hace mucho menos perceptible. Debe introducirse un catéter en el estoma, a través de la válvula, y en la bolsa varias veces al día para drenar la orina.

Una ventaja de este tipo de derivación urinaria es que no se necesita bolsa de ostomía. Esto puede resultar interesante para las personas a las que les preocupa su imagen corporal o que no quieren preocuparse de que la bolsa se suelte o tenga fugas.

Tratamiento intravesical

Por un lado, la cirugía se realiza para extirpar el cáncer visible; por otro, el tratamiento intravesical se utiliza para destruir las células cancerosas que no son visibles o que son difíciles de alcanzar.

El tratamiento intravesical consiste en administrar medicamentos directamente en la vejiga. Se realiza con un tubo flexible, llamado catéter, que se introduce en la uretra. El medicamento fluye a través del catéter hasta la vejiga mediante un proceso denominado instilación.

Los dos tratamientos intravesicales principales utilizados para tratar el cáncer de vejiga son el bacilo de Calmette-Guérin (BCG) y la quimioterapia.

Tratamiento intravesical con BCG

El tratamiento intravesical con BCG utiliza un líquido que contiene una bacteria (germen) muy débil. El germen activa el sistema inmunitario para que ataque a las células cancerosas del interior de la vejiga. El tratamiento intravesical con BCG permite reducir la probabilidad de recidiva

(reaparición del cáncer) o de empeoramiento (invasión del músculo de la vejiga).

Por lo general, se utiliza para el cáncer de vejiga de grado alto que no ha invadido la capa muscular. Suele iniciarse entre 3 y 6 semanas después de la RTUV, para que la vejiga tenga tiempo de cicatrizar. Se administra una vez a la semana durante 6 semanas. Debe realizarse una reevaluación completa a las 12 semanas tras iniciar el tratamiento.

Para prevenir la recidiva, es posible que se le pida que siga recibiendo tratamiento intravesical con BCG. Esto se denomina tratamiento de mantenimiento. El tratamiento de mantenimiento consiste en tres tratamientos intravesicales con BCG (administrados en una semana) a los 3 meses y de nuevo a los 6 meses después de la RTUV. Puede seguir recibiendo tratamiento de mantenimiento cada 6 meses durante un máximo de 3 años, según el riesgo de recidiva.

Los posibles efectos secundarios del tratamiento intravesical con BCG son fiebre, escalofríos, necesidad imperiosa de orinar, dolor o dificultad al orinar y sangre o partículas (coágulos) en la orina. Hable con su equipo de tratamiento sobre

Tratamiento intravesical

El tratamiento intravesical consiste en introducir un medicamento líquido directamente en la vejiga. El objetivo del medicamento es destruir las células cancerosas que haya podido dejar la RTUV y evitar la formación de nuevas células cancerosas.



los efectos secundarios. Puede haber formas de ayudarlo a aliviar los efectos.

Si el tratamiento intravesical con BCG no funciona por sí solo, existen otras opciones de tratamiento, además del tratamiento en ensayos clínicos. Pregunte a su profesional de atención médica o a otro miembro de su equipo de atención sobre estas posibles opciones.

Quimioterapia intravesical

La quimioterapia es un fármaco utilizado para destruir las células cancerosas en crecimiento activo. La quimioterapia intravesical se administra para tratar el cáncer y reducir el riesgo de recidiva.

La quimioterapia intravesical puede administrarse poco después de una RTUV. Se trata de una dosis única que se administra en las 24 horas siguientes a la cirugía de RTUV. Su finalidad es “limpiar” cualquier célula cancerosa que la cirugía haya podido dejar y evitar que crezca un nuevo cáncer.

La quimioterapia intravesical también puede ser una opción si no se dispone de BCG, o si se le administró un tratamiento con BCG pero no fue eficaz. En estos casos, se administra con la misma pauta que el tratamiento con BCG: una vez a la semana durante 6 semanas, comenzando generalmente 3 o 4 semanas después de la RTUV. La quimioterapia intravesical de mantenimiento, si se administra, suele ser una vez al mes durante 1 o 2 años.

Dado que la quimioterapia intravesical solo se administra en la vejiga y no en todo el cuerpo, no suele causar los efectos secundarios graves que caracterizan a la quimioterapia. Sin embargo, puede causar el mismo tipo de efectos secundarios que el tratamiento intravesical con BCG.

Escasez de BCG

Aunque el tratamiento con BCG se utiliza desde hace décadas para tratar el cáncer de vejiga, desde hace varios años escasea en Estados Unidos y en todo el mundo. Como consecuencia, muchas personas con cáncer de vejiga no músculo-invasivo no han podido recibir este tratamiento o han recibido una dosis reducida. Los pacientes con mayor riesgo son los primeros en recibirlo.

Si no dispone de un tratamiento regular con BCG, su equipo de tratamiento puede ofrecerle en su lugar un tratamiento intravesical con quimioterapia.

Otras opciones incluyen lo siguiente:

- ✓ Dosis reducidas o un ciclo más corto de tratamiento con BCG.
- ✓ Interrupción del tratamiento de mantenimiento con BCG.
- ✓ Cirugía de extirpación de la vejiga (para las personas con alto riesgo de que el cáncer reaparezca después del tratamiento).
- ✓ Participación en un ensayo clínico.

Tratamiento sistémico

Por tratamiento sistémico se entiende un tratamiento que afecta a todo el organismo. Suele administrarse directamente en una vena (por vía intravenosa). Los tipos más comunes de tratamiento sistémico para el cáncer de vejiga son la quimioterapia y la inmunoterapia.

Para determinar qué tipo de tratamiento sistémico es el mejor para usted, su equipo de tratamiento tendrá en cuenta su estado de salud general. Esto incluye el funcionamiento del corazón, el hígado y los riñones, el grado de avance del cáncer y su capacidad para realizar las actividades cotidianas.

Tenga en cuenta que la quimioterapia **sistémica** es diferente de la quimioterapia **intravesical**. La quimioterapia sistémica es un tratamiento de todo el cuerpo. La quimioterapia intravesical solo afecta al interior de la vejiga.

Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento que utiliza fármacos potentes para eliminar las células cancerosas. La mayoría de los fármacos quimioterapéuticos son líquidos que se inyectan lentamente en una vena (infusión intravenosa). Los fármacos se desplazan en el torrente sanguíneo para tratar el cáncer en todo el cuerpo. La quimioterapia también puede dañar algunas células sanas, por lo que es posible que cause efectos secundarios graves. Hable con su equipo de atención médica sobre los posibles efectos secundarios del tratamiento de quimioterapia.

La quimioterapia puede administrarse antes de la cirugía o, a veces, después de ella, en función del tipo o el estadio del cáncer de vejiga. La quimioterapia sola (sin cirugía) es a veces el tratamiento principal para las personas que padecen cáncer de vejiga metastásico.

¿Qué es la quimioterapia de dosis densa?

El término “dosis densa” se refiere a un método para acelerar la quimioterapia acortando el tiempo entre tratamientos (dosis). La quimioterapia sistémica que se utiliza con más frecuencia para tratar el cáncer de vejiga es una combinación de medicamentos conocida como dosis densa de metotrexato, vinblastina, doxorubicina y cisplatino (o ddMVAC).

La quimioterapia más utilizada para el cáncer de vejiga es el cisplatino, que contiene el metal llamado platino. Los medicamentos de quimioterapia con derivados del platino pueden ser eficaces contra el cáncer de vejiga, pero también pueden dañar los riñones. Es posible que las personas con afecciones renales u otros problemas de salud no puedan recibir quimioterapia o, si es posible, reciban medicamentos de quimioterapia sin platino.

La quimioterapia se administra en una secuencia de tratamientos denominada ciclo. Un ciclo incluye un período de tratamientos (por ejemplo, una vez al día durante algunos días) seguido de un tiempo de descanso (varios días o semanas). Este ciclo de tratamiento se repite varias veces. Por ejemplo, puede recibir de 3 a 6 ciclos de quimioterapia durante 2 o 3 meses.

Inmunoterapia

La inmunoterapia es un tipo de tratamiento sistémico que utiliza el sistema inmunitario (la defensa natural del organismo contra infecciones y enfermedades) para detectar y destruir las células cancerosas.

Los inhibidores de puntos de control son un tipo de inmunoterapia que se utiliza para tratar el cáncer de vejiga y otros tipos de cáncer. Los inhibidores de puntos de control bloquean los mecanismos de frenado naturales del organismo para permitir que el sistema inmunitario identifique y combata mejor el cáncer. Entre los inhibidores de puntos de control para el cáncer de vejiga se incluyen los siguientes:

- Keytruda (pembrolizumab)
- Opdivo (nivolumab)
- Bavencio (avelumab)
- Tecentriq (atezolizumab)

Tratamiento dirigido

El tratamiento dirigido es un tratamiento sistémico que puede seleccionar y atacar tipos específicos de células cancerosas. El tratamiento dirigido se suele usar en personas con mutaciones genéticas específicas. Si usted no tiene la mutación que “ataca” el medicamento, es poco probable que este tratamiento pueda ayudarlo.

Entre los tratamientos dirigidos a determinados tipos de cáncer de vejiga se encuentran los siguientes:

- Padcev (enfortumab vedotin-ejfv), también conocido como conjugado de anticuerpos y fármacos, se dirige y se adhiere a una proteína específica, la Nectina-4, que se encuentra en la superficie de las células del cáncer de vejiga.
- Balversa (erdafitinib) es un tratamiento dirigido que se utiliza en personas cuyo cáncer de vejiga se debe a mutaciones específicas en el gen *FGFR3*.
- Trodelvy (sacituzumab govitecan-hziy) detecta la proteína Trop-2, presente en gran número en las células cancerosas, y se adhiere a ella.

Dado que el tratamiento dirigido no daña las células normales tanto como la quimioterapia, los efectos secundarios suelen ser diferentes.

En particular, el tratamiento preferido para el cáncer de vejiga metastásico es una combinación de un tratamiento dirigido (Padcev) y un fármaco de inmunoterapia (Keytruda).

Radioterapia

La radioterapia utiliza ondas de alta energía, como los rayos X, para destruir células cancerosas y reducir los tumores. El tipo de radioterapia que suele utilizarse para el cáncer de vejiga se denomina radioterapia de haz externo (RTHE). En la RTHE, una máquina de gran tamaño dirige la radiación hacia el área del tumor.

La radioterapia puede administrarse sola, pero es más frecuente que se administre junto con otros tratamientos para el cáncer de vejiga:

Quimiorradiación

La quimioterapia y la radioterapia suelen utilizarse conjuntamente para tratar el cáncer de vejiga. Cuando se administran juntos, funcionan mejor que por separado. Esto se llama quimiorradiación o quimiorradioterapia. Como muchos tratamientos del cáncer, la quimiorradiación funciona mejor para unas personas que para otras.

Tratamiento trimodal

El tratamiento trimodal es una combinación de tres tratamientos: La RTUV para extirpar todo el cáncer visible, seguida de radioterapia y quimioterapia administradas conjuntamente (quimiorradiación).

En determinadas personas con cáncer de vejiga, el tratamiento trimodal puede utilizarse en lugar de la cirugía de extirpación de la vejiga (cistectomía radical). Por ello, el tratamiento trimodal se denomina tratamiento con “preservación de la vejiga”.

Ensayos clínicos

El tratamiento también puede administrarse como parte de un ensayo clínico. Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica y una forma vital de evaluar nuevos métodos de tratamiento.

Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de combatir el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas. Si un nuevo fármaco, dispositivo o método de tratamiento resulta seguro y eficaz en un ensayo clínico, puede ser aprobado por la FDA.

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento, incluidos los tratamientos estándares y los ensayos clínicos. Converse con su equipo de atención para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.

Fases

La mayoría de los ensayos clínicos del cáncer se centran en el tratamiento. Los ensayos de un tratamiento se realizan en fases.

- Los ensayos de **fase 1** estudian la dosis, la seguridad y los efectos secundarios de un medicamento en investigación o un método de tratamiento. También se buscan indicios tempranos de que el medicamento o el método es útil.
- En los ensayos de **fase 2**, se evalúa el grado en que un medicamento o método actúa contra un tipo de cáncer específico.

- Los ensayos de **fase 3** prueban el medicamento o el método en comparación con el tratamiento estándar. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- Los ensayos de **fase 4** estudian la seguridad y el beneficio a largo plazo de un tratamiento aprobado por la FDA.

¿Quién puede inscribirse?

Cada ensayo clínico tiene reglas para participar, llamadas criterios de elegibilidad. Las reglas pueden referirse a la edad, el tipo y la etapa del cáncer, los antecedentes de tratamiento o el estado de salud general. Estos requisitos garantizan que los participantes se parezcan en ciertos aspectos con el fin de comparar cómo responden a un tratamiento específico.

Consentimiento informado

Los ensayos clínicos están a cargo de un grupo de expertos llamado equipo de investigación. El equipo de investigación revisará el estudio con usted en detalle, incluidos el propósito, y los riesgos y beneficios de participar.

Toda esta información también se proporciona en un formulario de consentimiento informado. Este acuerdo confirma que se le ha informado plenamente sobre su papel en el ensayo. Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para conversar con familiares, amigos u otras personas de su confianza. Tenga en cuenta que los ensayos clínicos son voluntarios y que puede buscar un tratamiento fuera del ensayo clínico en cualquier momento.

Inicie la conversación

No necesita esperar a que un miembro de su equipo de atención saque el tema de los ensayos clínicos. Inicie la conversación y conozca todas las opciones de tratamiento. Pregunte si hay algún ensayo clínico disponible para su caso. Si encuentra un estudio para el que cree poder reunir los requisitos necesarios para participar, pregúntele a su equipo de atención si cumple con dichos requisitos.

Si ya ha comenzado el tratamiento estándar, es posible que no cumpla con los requisitos para participar en determinados ensayos clínicos. Trate de no desanimarse si no puede participar. Siempre surgen ensayos clínicos nuevos.

Preguntas frecuentes

Hay muchos mitos y conceptos erróneos en torno a los ensayos clínicos. Muchos de quienes padecen cáncer no entienden muy bien los posibles beneficios y riesgos.

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es frecuente recibir un placebo con el tratamiento estándar o un medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

No tiene que pagar nada para inscribirse en un ensayo clínico. En general, el patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el medicamento del estudio. Sin embargo, es posible que tenga costos relacionados indirectamente con el ensayo, como los gastos de transporte o los servicios de cuidado infantil debido a consultas adicionales.



Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN
[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)

The National Cancer Institute (NCI)
[cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search](https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search)

En el mundo

The U.S. National Library of Medicine (NLM)
clinicaltrials.gov/

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer (Cancer Information Service, CIS) del NCI
1.800.4.CANCER (1.800.422.6237)
[cancer.gov/contact](https://www.cancer.gov/contact)

Según el ensayo, podrá continuar recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tratamiento estándar se factura al seguro y, a menudo, está cubierto por este. Usted es responsable de los copagos y de los costos de este tipo de atención que no estén cubiertos por el seguro.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario es la atención médica que alivia los síntomas causados por el cáncer o su tratamiento. El objetivo de los tratamientos complementarios es mejorar su calidad de vida. El tratamiento complementario puede incluir alivio de los síntomas, apoyo emocional o espiritual, ayuda económica y asesoramiento familiar.

El tratamiento complementario está disponible en cualquier estadio del cáncer. Hable con su equipo de atención sobre cómo se siente y si tiene algún efecto secundario. Puede leer más acerca del tratamiento complementario en el *capítulo 8*.

Efectos secundarios del tratamiento

Un efecto secundario es una afección física o emocional insalubre o desagradable a causa del tratamiento. Todos los tratamientos para el cáncer de vejiga pueden causar distintos efectos secundarios.

Algunos tienen muchos efectos secundarios, mientras que otros presentan pocos. Algunos efectos secundarios son muy graves mientras que otros solo son desagradables. La mayor parte de los efectos secundarios aparecen poco después de iniciar el tratamiento y desaparecen después de finalizarlo. Otros duran mucho tiempo o pueden aparecer años más tarde.

Los efectos secundarios dependen de muchos factores, especialmente del tipo de tratamiento (radioterapia o quimioterapia, por ejemplo) y de la duración o la dosis del tratamiento. A continuación se enumeran algunos efectos secundarios frecuentes de los distintos tratamientos:

Cirugía de extirpación de la vejiga:

hemorragias, coágulos sanguíneos, problemas renales, infección, disfunción sexual, incontinencia, problemas causados por la derivación urinaria.

Tratamiento intravesical:

hinchazón (inflamación) del revestimiento de la vejiga, micción frecuente, dolor o sensación de quemazón al orinar, sangre en la orina, infección.

Quimioterapia:

náuseas, vómitos, cansancio extremo (fatiga), fiebre, infección, hormigueo o entumecimiento, erupción cutánea, diarrea.

Inmunoterapia:

reacción autoinmune, fatiga, fiebre, náuseas, pérdida de apetito, infección, diarrea, estreñimiento.

No todos los pacientes presentan náuseas o vómitos a causa del tratamiento del cáncer. Pero si tiene estos efectos secundarios, es importante reducirlos al máximo para evitar que interfieran con su tratamiento.

Consulte más información sobre estos efectos secundarios en *NCCN Guidelines for Patients: Náuseas y vómitos* en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Otros efectos secundarios notables

Algunos efectos secundarios son más frecuentes en las personas con cáncer de vejiga, sobre todo después de una cirugía. Aunque es posible que usted no sufra estos efectos secundarios, debe tenerlos en cuenta a la hora de considerar los beneficios y riesgos de los distintos tratamientos:

- **Disfunción sexual:** el tratamiento o el cáncer en sí pueden interferir en su capacidad para mantener relaciones sexuales. La disfunción sexual también incluye la disminución del deseo sexual. Esto puede deberse a la falta de energía, a sentir vergüenza por su cuerpo después de la operación o a sentir estrés y depresión.
- **Dificultad para controlar el flujo de orina:** es posible que la orina se escape en momentos imprevistos. Esto se conoce como incontinencia urinaria. Pero existen medidas que puede tomar, como los ejercicios del suelo pélvico, que pueden ayudarlo a recuperar el control de la función urinaria.

Se pueden controlar muchos de los efectos secundarios. Algunos de ellos pueden incluso prevenirse. Pida a su equipo de tratamiento una lista completa de los efectos secundarios a corto y largo plazo e información sobre cómo controlarlos.

Puntos clave

- Las opciones de tratamiento del cáncer de vejiga dependen del estadio y el grado del cáncer, de su estado general de salud y de sus preferencias.
- La resección transuretral del tumor de vejiga (RTUV) es un procedimiento que permite examinar los tumores de la pared de la vejiga y extirparlos.
- La cistectomía radical es la cirugía más utilizada para el cáncer de vejiga músculo-invasivo. Consiste en extirpar la vejiga, los ganglios linfáticos cercanos y otros órganos de la pelvis.
- La derivación urinaria es un procedimiento quirúrgico que se incluye en la cistectomía radical. Su finalidad es proporcionar una nueva vía para expulsar la orina del cuerpo.
- El tratamiento intravesical consiste en la administración de medicamentos contra el cáncer directamente en la vejiga a través de un catéter. El medicamento se introduce lentamente en la vejiga mediante un proceso denominado instilación.
- La quimioterapia es un tratamiento que utiliza fármacos potentes para eliminar las células cancerosas. La mayoría de los fármacos quimioterapéuticos son líquidos que se inyectan lentamente en una vena (infusión intravenosa). La quimioterapia afecta a las células cancerosas (y a otras células) de todo el organismo.
- Todos los tratamientos para el cáncer de vejiga pueden causar distintos efectos secundarios. Pregunte a su equipo de atención sobre las formas de abordar los efectos secundarios del tratamiento.

¿Cuál es el estadio de su cáncer?

Si ha llegado a esta página, es probable que le hayan comunicado el estadio de su cáncer de vejiga. Consulte el capítulo correspondiente para obtener información sobre su tratamiento.

Si el urólogo u otro profesional de atención médica le informó del estadio del cáncer, pero usted no lo recuerda o no lo entendió, llame al consultorio y solicite más información. Seguro hay alguien dispuesto a explicárselo.

Consulte el capítulo correspondiente al estadio de su cáncer para obtener información sobre los tipos de tratamiento que puede recibir.

El estadio general del cáncer	Capítulo	Página
0	5. No músculo-invasivo	42
0a	5. No músculo-invasivo	42
0is	5. No músculo-invasivo	42
1	5. No músculo-invasivo	42
2	6. Músculo-invasivo	50
3A	6. Músculo-invasivo	50
3B	6. Avanzado localmente	50
4A	6. Avanzado localmente/metastásico	50
4B	7. Metastásico	66

5

Tratamiento del cáncer de vejiga no músculo-invasivo

43 Cáncer de vejiga en estadio 0 y estadio 1

46 Cuidados de seguimiento

48 Recidiva o progresión

49 ¿Cuál es el siguiente paso?

49 Puntos clave

El tratamiento del cáncer de vejiga no músculo-invasivo tiene como objetivo reducir la probabilidad de que el cáncer reaparezca después del tratamiento y evitar que el cáncer progrese a un estadio más avanzado.

El cáncer de vejiga que no ha crecido en la capa muscular de la pared de la vejiga se denomina no músculo-invasivo. Los cánceres de vejiga en estadios 0 y 1 son no músculo-invasivos. A menudo, el cáncer de vejiga no músculo-invasivo puede tratarse sin necesidad de extirpar la vejiga.

Cáncer de vejiga en estadio 0 y estadio 1

El cáncer de vejiga en **estadio 0** se produce solo en la superficie de la capa urotelial (revestimiento interno) de la vejiga. Existen dos tipos de cáncer de vejiga en estadio 0:

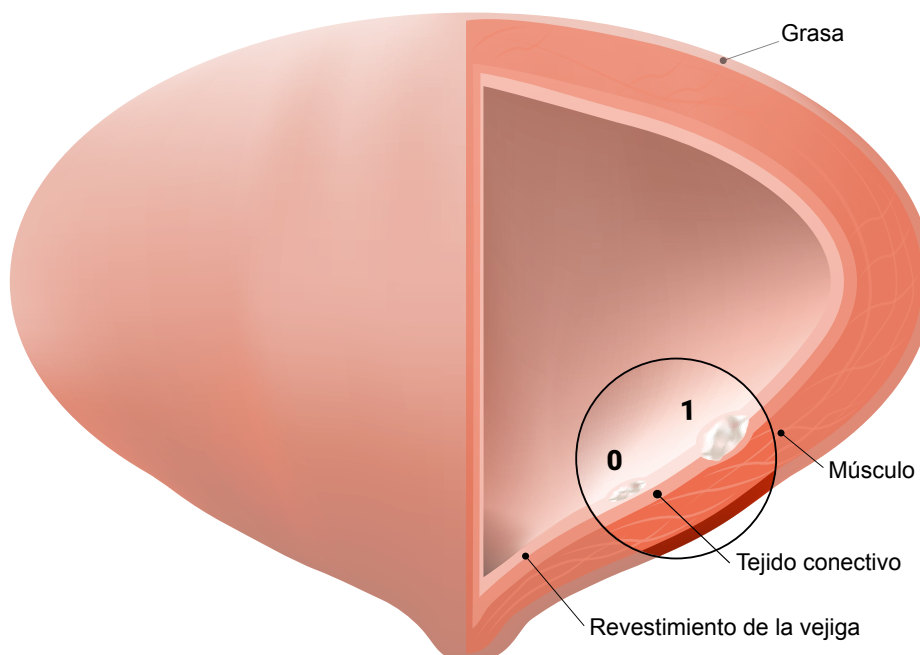
- El **estadio 0a** (también denominado carcinoma papilar no invasivo) consiste en proyecciones en forma de dedo que crecen desde la superficie interna hacia el centro hueco de la vejiga.
- El **estadio 0is** (también denominado carcinoma *in situ* o CIS) es un tumor plano en el revestimiento interno de la vejiga.

El cáncer de vejiga en **estadio 1** ha crecido en la capa de tejido conectivo de la pared de la vejiga, pero no ha alcanzado la capa muscular.

Cáncer de vejiga en estadio 0 y estadio 1

El cáncer de vejiga en estadio 0 aparece solo en el revestimiento interno (capa urotelial) de la pared de la vejiga.

El cáncer de vejiga en estadio 1 ha crecido y atravesado el revestimiento interno y se ha extendido a la capa de tejido conectivo, pero no ha alcanzado la capa muscular.



El tratamiento de los cánceres de vejiga en estadio 0 y 1 depende de si el riesgo de que el cáncer reaparezca (recidiva) o siga creciendo (progresión) es bajo, medio o alto. El nivel de riesgo se basa en determinadas características, como el estadio, si crece lenta o rápidamente (grado bajo o alto), su tamaño y si hay más de un tumor. **Consulte la Guía 2.**

Por ejemplo, un tumor pequeño y de crecimiento lento en estadio 0a tiene un riesgo bajo de recidiva o progresión. En cambio, un cáncer con múltiples tumores grandes de crecimiento rápido en estadio 0a tiene un riesgo alto.

La muestra de la biopsia y la primera RTUV suelen revelar este riesgo. Puede ser necesaria una segunda RTUV (repetición) si en la primera cirugía no se extirpó suficiente cantidad de tumor o no se incluyó el tejido del músculo de la pared de la vejiga. Si en la repetición de la RTUV se detecta que el cáncer ha invadido la capa muscular, el tumor se tratará como cáncer de vejiga músculo-invasivo (estadio 2 o superior).

Además, es posible que se le haya administrado una dosis única de quimioterapia intravesical cuando se le practicó la primera RTUV. Esto puede ayudar a prevenir la recidiva del cáncer. Este tratamiento intravesical de “dosis única” es independiente del tratamiento intravesical de 6 semanas que se recomienda en la **Guía 2.**

Guía 2

Opciones de tratamiento para los estadios 0 y 1

Riesgo bajo	Lesión pequeña, única, de crecimiento lento, en estadio 0a	→	Vigilancia
Riesgo medio	- Tumores grandes o múltiples de crecimiento lento, en estadio 0a - Tumor de crecimiento lento en estadio 0a que reaparece en 1 año - Tumor pequeño, único, de crecimiento rápido, en estadio 0a - Tumor de crecimiento lento en estadio 1	→	- Tratamiento intravesical (con BCG o quimioterapia)* - Vigilancia
Riesgo alto	- Tumores grandes o múltiples de crecimiento rápido en estadio 0a - Tumor de crecimiento rápido en estadio 0is - Tumor de crecimiento rápido en estadio 1	→	- Tratamiento intravesical con BCG* - Cistectomía radical
	Tumor en estadio 0 o estadio 1 con características de riesgo muy alto	→	- Cistectomía radical* - Tratamiento intravesical con BCG

* Tratamiento preferido

Tratamiento basado en el riesgo

Después de someterse a muchos estudios, ahora su equipo de atención médica sabe por fin lo suficiente sobre su cáncer para planificar el tratamiento.

El tratamiento de los cánceres en estadio 0 y estadio 1 se basa en el riesgo de que el cáncer reaparezca o progrese. **Consulte la Guía 2** de nuevo.

- El tratamiento del cáncer de vejiga de **riesgo bajo** consiste en la vigilancia. Vigilancia significa estar atento a la reaparición del cáncer después de haberlo tratado. En el caso del cáncer de vejiga en estadio 0, la vigilancia suele consistir en la realización de cistoscopías y citologías urinarias de seguimiento cada 3 o 6 meses durante 2 años o más.
- El cáncer de vejiga de **riesgo medio** presenta bastantes probabilidades de reaparecer. Aunque la vigilancia es una opción razonable, el tratamiento preferido es un ciclo de 6 semanas de tratamiento intravesical (con BCG o quimioterapia).
- El cáncer de vejiga de **riesgo alto** tiene un elevado índice de reaparición o de crecimiento. El cáncer de riesgo alto suele tratarse con tratamiento intravesical con BCG (si no ha recibido BCG antes), aunque la cistectomía radical también es una opción.

➤ El cáncer de vejiga de riesgo alto con características de riesgo muy alto

tiene más probabilidades de progresar a un estadio avanzado, por lo que la cistectomía radical es el tratamiento recomendado. Sin embargo, el tratamiento intravesical con BCG puede ser una opción en determinados casos.

Entre las características de riesgo alto se incluyen las siguientes:

- El tratamiento intravesical con BCG no tiene ningún efecto sobre el tumor.
- Las células tumorales se encuentran en la sangre o en los vasos linfáticos fuera del tumor principal (invasión linfovascular).
- La recidiva del cáncer se desarrolla en la uretra.
- Se trata de un subtipo de cáncer poco frecuente que suele dar lugar a malos resultados.

Durante el tratamiento también se debe disponer de tratamientos complementarios. Los tratamientos complementarios sirven para aliviar los síntomas y otros problemas.

Si tiene un cáncer de vejiga no músculo-invasivo de riesgo alto, pero no puede recibir tratamiento con BCG o si este no funciona en su caso, el tratamiento recomendado es la cistectomía radical. Si no puede o no desea realizarse una cistectomía, la quimioterapia intravesical es una opción.

Si ni el tratamiento con BCG ni la cistectomía son una buena opción, el tratamiento con Keytruda (pembrolizumab), Adstiladrin (nadofaragene firadenovec-vncg) o Anktiva (nogapendekin alfa inbakicept-pmln) pueden ser alternativas en algunos casos específicos.

Cuidados de seguimiento

Después del tratamiento, comenzará la siguiente fase de atención. Esta es la fase de seguimiento (o vigilancia). Durante este tiempo, se le harán pruebas de forma ocasional para controlar la reaparición del cáncer.

Como se menciona en otra parte de este libro, el cáncer de vejiga suele reaparecer en algún momento. Por ello, siempre se recomienda la vigilancia una vez finalizado el tratamiento. Asegúrese de acudir a todas las citas de seguimiento. (Si presenta algún síntoma o problema, no espere hasta la siguiente consulta de

Guía 3

Atención de seguimiento según el nivel de riesgo para el cáncer de vejiga no músculo-invasivo

	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
Cistoscopia	Año 1: a los 3 y 12 meses Años 2-5: una vez al año Posteriormente: según las indicaciones de su médico	Año 1: a los 3, 6 y 12 meses Año 2: cada 6 meses Años 3-5: una vez al año Posteriormente: según las indicaciones de su médico	Años 1-2: cada 3 meses Años 3-5: cada 6 meses Años 6-10: una vez al año Posteriormente: según las indicaciones de su médico
Estudios de diagnóstico por imágenes del tracto urinario superior	Año 1: estudios de diagnóstico por imágenes iniciales con urografía (TC o IRM), pielografía o ureteroscopía Posteriormente: según las indicaciones de su médico		Año 1: estudios de diagnóstico por imágenes iniciales, y de nuevo a los 12 meses Años 2-10: cada 1 a 2 años Posteriormente: según las indicaciones de su médico
Estudios de diagnóstico por imágenes de abdomen y pelvis	Año 1: estudios de diagnóstico por imágenes iniciales con TC o IRM Posteriormente: según las indicaciones de su médico		
Citología urinaria	ninguno	Año 1: a los 3, 6 y 12 meses Año 2: cada 6 meses Años 3-5: una vez al año Posteriormente: según las indicaciones de su médico	Años 1-2: cada 3 meses Años 3-5: cada 6 meses Años 6-10: una vez al año Posteriormente: según las indicaciones de su médico
Pruebas de marcadores tumorales en orina	ninguno		Su médico puede recomendarle esta prueba durante los dos primeros años posteriores al tratamiento.

seguimiento. Comuníquese inmediatamente con su médico o equipo de atención).

Las pruebas que debe realizarse, y la frecuencia con la que debe hacérselas, dependen de su riesgo de recidiva del cáncer. El plan de seguimiento de cada persona es diferente. En función de su tipo de cáncer y de otras consideraciones de salud, es posible que necesite realizarse las siguientes pruebas de seguimiento:

- Cistoscopia.
- Estudios de diagnóstico por imágenes del tracto urinario superior.

- Estudios de diagnóstico por imágenes del abdomen y la pelvis.
- Citología urinaria.
- Biomarcadores de orina.

Si no se extirpó la vejiga como parte del tratamiento, **consulte la Guía 3** para conocer las pruebas de seguimiento en función de su nivel de riesgo.

Si se extirpó la vejiga, consulte la **Guía 4** para conocer las pruebas de seguimiento que necesitará.

Guía 4
Pruebas de seguimiento después de la extirpación de la vejiga para el cáncer de vejiga no músculo-invasivo

	Diagnóstico por imágenes	Análisis de sangre	Análisis de orina
Año 1	A los 3 y 12 meses: • Urografía (TC o IRM) del tracto urinario superior, abdomen y pelvis	Cada 3 a 6 meses: • Función renal • Función hepática • HC y PMC (si ha recibido quimioterapia)	Cada 6 a 12 meses: • Citología urinaria • Citología de lavado uretral (solo en caso de alto riesgo de recidiva)
Año 2	Una vez al año: • Urografía (TC o IRM) del tracto urinario superior, abdomen y pelvis	Una vez al año: • Función renal • Función hepática • Nivel de vitamina B12	Según las indicaciones de su médico: • Citología urinaria • Citología de lavado uretral (solo en caso de alto riesgo de recidiva)
Año 3			
Año 4			
Año 5			
Años 6-10	Una vez al año: • Ecografía de los riñones	Una vez al año: • Nivel de vitamina B12	
Después de 10 años	Según las indicaciones de su médico		

Recidiva o progresión

La atención de seguimiento consiste en vigilar la recidiva del cáncer. Cuando el cáncer reaparece, es útil saber cómo tratarlo.

Si el cáncer reaparece durante el tratamiento de seguimiento, suele detectarse mediante una cistoscopia. Sin embargo, a veces un análisis citológico de orina indica signos de cáncer cuando la cistoscopia no lo hace. Esto es lo que ocurrirá en función de los resultados de estas pruebas:

Si la cistoscopia detecta cáncer

Si aparece cáncer en los resultados de una cistoscopia de seguimiento, se le realizará otra RTUV para volver a evaluar el riesgo de cáncer. El nivel de riesgo indica el tratamiento adecuado.

Consulte la Guía 2.

Por ejemplo, si la repetición de la RTUV muestra que el cáncer ha reaparecido como cáncer de alto riesgo no músculo-invasivo, el tratamiento preferido es el tratamiento intravesical con BCG. La cistectomía radical también es una opción, especialmente si ya ha recibido tratamiento con BCG anteriormente y este no logró reducir el cáncer. Después de este tratamiento, reanudará el seguimiento.

Si la citología urinaria indica cáncer

Si los resultados de una citología urinaria de seguimiento indican que el cáncer puede haber reaparecido, y una segunda citología confirma la primera, es necesario realizar más pruebas para determinar con precisión dónde se encuentra el cáncer.

En las pruebas posteriores se buscará cáncer en la vejiga, así como en otras zonas como la próstata y el tracto urinario superior.

Los estudios pueden incluir los siguientes:

- Biopsias de uretra, vejiga o próstata.
- Citología urinaria del tracto urinario superior.
- Ureteroscopia, una prueba que permite examinar el interior de los riñones y los uréteres.

Si se detecta cáncer en la biopsia de vejiga o del tracto urinario, se le realizará otra RTUV para determinar su nivel de riesgo actual.

Consulte la Guía 2.

Tratamiento en función de los resultados de otras pruebas:

- Si en ninguna de las pruebas se detecta cáncer, deberá acudir a una consulta de seguimiento a los 3 meses para realizarse más pruebas.
- Si se detecta cáncer en la próstata mediante una biopsia, será necesario realizar más pruebas y tratamiento de la próstata.
- Si en una citología urinaria del tracto superior se detecta cáncer, deberá realizarse otras pruebas y un tratamiento del tracto urinario superior.

Después del tratamiento, su programa de seguimiento dependerá del estadio actual de su cáncer y del tratamiento que ya haya recibido.

¿Cuál es el siguiente paso?

Seguirá haciéndose pruebas y acudiendo a consultas de seguimiento cada cierto tiempo para vigilar si el cáncer reaparece o progresa. La vigilancia es una parte clave del plan de seguimiento.

Hay muchos tratamientos nuevos e interesantes para el cáncer de vejiga que han sido aprobados recientemente y que se prevén en el corto plazo. Como siempre, puede intentar participar en un ensayo clínico en prácticamente cualquier momento del tratamiento oncológico.

Considere la posibilidad de unirse a un grupo de apoyo. Hablar con otras personas que tienen cáncer de vejiga puede resultar instructivo y tranquilizador.

Sepa que puede tener cáncer de vejiga y seguir llevando una vida plena después del diagnóstico y el tratamiento.

Puntos clave

- Muchos cánceres no músculo-invasivos pueden tratarse sin necesidad de extirpar la vejiga.
- El tratamiento del cáncer de vejiga no músculo-invasivo se basa en el riesgo de que el cáncer reaparezca o siga creciendo.
- La vigilancia suele ser el mejor tratamiento para el cáncer de vejiga de riesgo bajo. La vigilancia consiste en realizar pruebas ocasionales para averiguar si el cáncer ha reaparecido.
- El tratamiento preferido para el cáncer de vejiga de riesgo medio es el tratamiento intravesical con BCG o quimioterapia.
- El cáncer de riesgo alto suele tratarse con tratamiento intravesical con BCG, aunque la cistectomía radical también es una opción.
- La cistectomía radical es el tratamiento recomendado para el cáncer de vejiga de riesgo alto con características de muy alto riesgo.
- Las pruebas de seguimiento se basan en el riesgo de que el cáncer reaparezca. Cuanto mayor sea el riesgo, más pruebas serán necesarias.

6

Tratamiento del cáncer de vejiga músculo-invasivo

51 Cáncer de vejiga en estadio 2 y estadio 3A

56 Cáncer de vejiga en estadio 3B

59 Cáncer de vejiga en estadio 4A

61 Cuidados de seguimiento

63 Recidiva o persistencia

65 ¿Cuál es el siguiente paso?

65 Puntos clave

El cáncer de vejiga músculo-invasivo es aquel en el que el tumor ha crecido lo suficiente como para alcanzar la gruesa capa muscular de la pared de la vejiga. A menudo se trata con cirugía para extirpar la vejiga o con quimiorradioterapia.

Este capítulo abarca el tratamiento del cáncer que se ha extendido hasta la capa muscular de la pared de la vejiga. Esto incluye los estadios del 2 al 4A.

Si conoce el estadio de su cáncer, consulte la página que describe el tratamiento para ese estadio.

Cáncer de vejiga en estadio 2 y estadio 3A

El **cáncer de vejiga en estadio 2** ha crecido hasta la capa muscular, pero no ha alcanzado la capa de tejido adiposo que recubre la vejiga ni se ha extendido a ningún otro lugar. El cáncer de vejiga en estadio 2 tiene mejor pronóstico que el cáncer que ha alcanzado la capa de tejido adiposo o más allá.

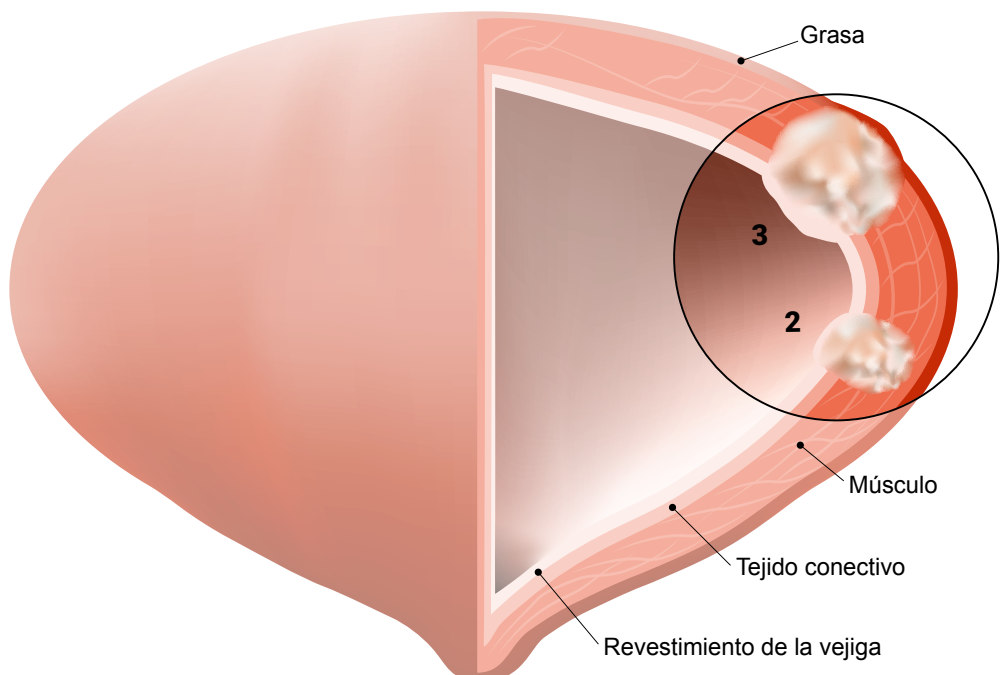
El **cáncer de vejiga en estadio 3A** ha crecido y atravesado la pared de la vejiga hasta la capa de tejido adiposo que la rodea. También puede haberse extendido a los órganos reproductores cercanos, como la glándula prostática, las vesículas seminales, el útero o la vagina. También puede haberse extendido a un ganglio linfático cercano. El cáncer en estadio 3A no se ha extendido a las paredes de la pelvis o el abdomen, ni a ganglios u órganos alejados de la vejiga.

El tratamiento principal del cáncer de vejiga en estadio 2 y 3A es la cistectomía radical. Se trata de

Cáncer de vejiga en estadio 2 y estadio 3A

El cáncer de vejiga en estadio 2 ha crecido hasta la capa muscular, pero no ha alcanzado la capa de tejido adiposo externa ni se ha extendido a ningún otro lugar.

El cáncer de vejiga en estadio 3A ha crecido y atravesado la pared de la vejiga hasta la capa de tejido adiposo. También puede haberse extendido a los órganos reproductores cercanos o a un ganglio linfático próximo.



una cirugía en la que se extirpa el cáncer mediante la extracción de toda la vejiga y los ganglios linfáticos cercanos, y a veces la próstata o el útero.

Antes de la cistectomía, suele administrarse quimioterapia de combinación con cisplatino para reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía y eliminar las células cancerosas que puedan estar fuera de la vejiga.

Para elegir el tratamiento que mejor se adapte a sus necesidades, usted y su equipo de tratamiento tendrán en cuenta estas dos preguntas importantes:

- ¿Puede tolerar la quimioterapia con el fármaco cisplatino?
- ¿Su estado de salud es el adecuado como para someterse a una cirugía mayor de extirpación de la vejiga?

Para responder a estas preguntas, se le realizarán otras evaluaciones, como una TC o una IRM del abdomen y la pelvis. Otro análisis esencial mide el estado de los riñones. Se trata de un sencillo análisis de sangre para asegurarse de que los riñones funcionan lo suficientemente bien como para soportar el estrés de la quimioterapia.

Algunas personas con cáncer de vejiga en estadio 2 no pueden someterse a una cirugía o no lo desean. Si este es su caso, puede omitir la siguiente sección y pasar directamente a *Tratamiento sin extirpación de la vejiga*, en la página 54.

Si tiene previsto someterse a una cistectomía radical, lea lo que sigue.

Cirugía de extirpación de la vejiga

La cistectomía radical puede realizarse con o sin quimioterapia con cisplatino. La elección depende de si puede recibir la quimioterapia.

Quimioterapia y cirugía de extirpación de la vejiga

Esta opción comienza con una combinación de fármacos de quimioterapia, uno de los cuales es el cisplatino. El cisplatino ha demostrado ser la quimioterapia más eficaz para tratar el cáncer de vejiga. Por lo general, se administran de 3 a 6 ciclos de quimioterapia antes de la cirugía de extirpación de la vejiga. Para conocer las opciones de quimioterapia recomendadas, **consulte la Guía 5**.

Aproximadamente 1 o 2 meses después de terminar la quimioterapia, le practicarán una cirugía para extirparle la vejiga (cistectomía radical). La cistectomía radical suele ser la mejor opción para tratar el cáncer de vejiga músculo-invasivo y ayudar a prevenir su reaparición. Durante la cistectomía radical, el cirujano también creará una derivación urinaria.

Guía 5

Opciones de quimioterapia para los estadios 2 y 3A antes de la cirugía de extirpación de la vejiga

Dosis densa de metotrexato, vinblastina, doxorubicina y cisplatino (ddMVAC)*

De 3 a 6 ciclos

Gemcitabina y cisplatino

4 ciclos

* *Tratamiento preferido*

Cirugía de extirpación de la vejiga como único tratamiento

Esta es una opción para las personas que no pueden someterse a quimioterapia con cisplatino. El cisplatino puede ser demasiado fuerte para algunas personas, sobre todo para aquellas cuyo hígado y riñones no funcionan bien. Si tiene pérdida de audición, lesiones en los nervios o no puede realizar la mayoría de las actividades cotidianas, es posible que tampoco pueda recibir quimioterapia con cisplatino.

Las personas que no pueden recibir cisplatino no necesitan probar una quimioterapia diferente o menos eficaz. La cirugía de extirpación de la vejiga es la opción más adecuada.

Tratamiento después de la cirugía

Según lo que el cirujano observe y descubra directamente durante la cistectomía radical, es posible que se le administre un tratamiento

adicional después de la cirugía para intentar destruir cualquier célula cancerosa restante. Las razones por las que puede necesitar tratamiento adicional son las siguientes:

- El tumor es más grande de lo previsto.
- El tumor ha crecido y atravesado la pared de la vejiga.
- El cáncer ha alcanzado los ganglios linfáticos.

La elección del tratamiento adicional se basa en parte en si recibió o no tratamiento antes de la cirugía. **Consulte la Guía 6.** Las alternativas de tratamiento incluyen lo siguiente:

- Quimioterapia con cisplatino (si no recibió quimioterapia antes de la cirugía).

Guía 6

Opciones de tratamiento para los estadios 2 y 3A de la cirugía de extirpación de la vejiga

Opciones de tratamiento

- **Quimioterapia y cirugía de extirpación de la vejiga** con derivación urinaria
- **Cirugía de extirpación de vejiga sola** con derivación urinaria

Otras opciones de tratamiento

- Si el tumor está en estadio 2 o inferior y
- No hay cáncer en los ganglios linfáticos

➔ **No se necesita terapia adicional**

- Si el tumor es mayor que el estadio 2,
- Si el tumor ha invadido la capa muscular, o
- Si se encuentra cáncer en los ganglios linfáticos

➔ **Se necesita terapia adicional:**

- Quimioterapia con cisplatino (si no se ha administrado antes)
- Inmunoterapia (Opdivo)
- Radioterapia (en determinados casos)

En el caso del cáncer en estadio 2, la extirpación parcial de la vejiga es una posibilidad, pero poco frecuente.

- Inmunoterapia con Opdivo (si recibió quimioterapia antes de la cirugía).
- Radioterapia (en determinados pacientes con un tumor de mayor tamaño o en los que el cáncer haya alcanzado los ganglios linfáticos).

Seguimiento

Para obtener recomendaciones sobre atención de seguimiento y controles para detectar la reaparición del cáncer, *consulte la página 61*.

Tratamiento sin extirpación de la vejiga

No todas las personas necesitan, desean o pueden someterse a una cistectomía radical. Si tiene otros problemas de salud graves o está físicamente incapacitado para realizar muchas actividades cotidianas, es posible que la cirugía no sea una buena opción para usted. O bien, su tumor puede ser lo suficientemente pequeño como para eliminarlo sin necesidad de extirpar toda la vejiga. El tratamiento del cáncer de vejiga que no implica una cistectomía radical se denomina “con preservación de la vejiga”.

Existen tres opciones de tratamiento que no implican la extirpación de la vejiga:

Tratamiento trimodal

El tratamiento trimodal es un tratamiento de preservación de la vejiga para determinadas personas con cáncer de vejiga músculo-invasivo. En el tratamiento trimodal, mediante la RTUV (resección transuretral del tumor de vejiga) se extirpa en primer lugar todo el tumor visible y, a continuación, se utilizan conjuntamente quimioterapia y radioterapia para destruir las células cancerosas que hayan podido quedar. El tratamiento trimodal puede ser una buena opción si su cáncer se ajusta a lo descrito en la **Guía 7**.

Radioterapia como tratamiento único

Si no puede someterse a quimiorradiación y no puede o no desea realizarse una cistectomía radical, la radioterapia como tratamiento único es una posible opción para las personas con cáncer de vejiga en estadio 2 o estadio 3A.

Guía 7

¿Puede someterse a un tratamiento para preservar la vejiga?

La quimiorradiación sin cirugía de extirpación de la vejiga es una opción solo para algunas personas con cáncer de vejiga músculo-invasivo.

Cada persona es diferente, pero las siguientes son algunas de las características comunes de quienes pueden someterse a un tratamiento con preservación de la vejiga:

Características comunes

- El tumor mide menos de 6 centímetros (aproximadamente lo que mide una llave de casa o un huevo).
- El tumor no bloquea el flujo de orina de los riñones a la vejiga.
- No hay carcinoma *in situ* (CIS). El CIS está formado por una zona de células cancerosas planas y de crecimiento rápido en el revestimiento interno de la vejiga.
- El tumor puede extirparse por completo mediante RTUV.

RTUV

La RTUV como tratamiento único es una opción para las personas que no pueden o no desean someterse a una cistectomía radical. Esta opción puede funcionar mejor si el tumor mide menos de 2 centímetros (aproximadamente el tamaño de una moneda o una uva). A las 4 semanas de la RTUV, se debe repetir la RTUV para asegurarse de que no quede ningún resto de cáncer.

¿Cuál es el siguiente paso?

El tumor debe controlarse de 2 a 3 meses después de haber terminado el tratamiento. En general, esto es lo que puede ocurrir a continuación, dependiendo de si se detecta cáncer o no:

Si no se detecta cáncer, puede comenzar la atención de seguimiento y la vigilancia para controlar su reaparición.

Si se detecta cáncer y puede someterse a una cistectomía radical, las opciones de tratamiento se basan en el tipo y el tamaño del tumor restante. Las opciones incluyen la RTUV con o sin tratamiento intravesical si el tumor está en estadio 1, la cistectomía radical si el tumor está en estadio 2, o el tratamiento del cáncer metastásico.

Si aún se detecta cáncer pero no puede o no desea someterse a una cistectomía radical, las opciones de tratamiento incluyen quimioterapia con cisplatino, RTUV con o sin tratamiento intravesical y tratamiento complementario. En el caso del cáncer de vejiga en estadio 2, la radioterapia sola también es una opción si no la ha recibido anteriormente.

Seguimiento

Para obtener recomendaciones sobre atención de seguimiento y controles para detectar la reaparición del cáncer, *consulte la página 61*.

“

Vaya a cada cita preparado con las preguntas y dudas que tenga, y no se vaya hasta aclararlas todas”.

La vigilancia es una parte clave del plan de seguimiento. Asegúrese de asistir a las consultas de seguimiento y permanecer en contacto con su equipo de atención.



Cáncer de vejiga en estadio 3B

El cáncer de vejiga en estadio 3B se considera localmente avanzado. Esto significa que el cáncer ha crecido fuera de la vejiga y se ha extendido a varios ganglios linfáticos de la pelvis o al menos a un ganglio linfático de la región pélvica superior. Sin embargo, el cáncer no se ha extendido a órganos o ganglios linfáticos alejados de la vejiga.

Las principales opciones de tratamiento para el cáncer de vejiga en estadio 3B son el tratamiento sistémico o la quimiorradiación. En función de la eficacia del tratamiento principal, puede ser necesario un tratamiento adicional.

Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico afecta a todo el cuerpo, no solo a una parte. El objetivo del tratamiento sistémico es reducir el tumor lo máximo posible y, lo que es más importante, destruir las células cancerosas que se encuentren fuera de la vejiga.

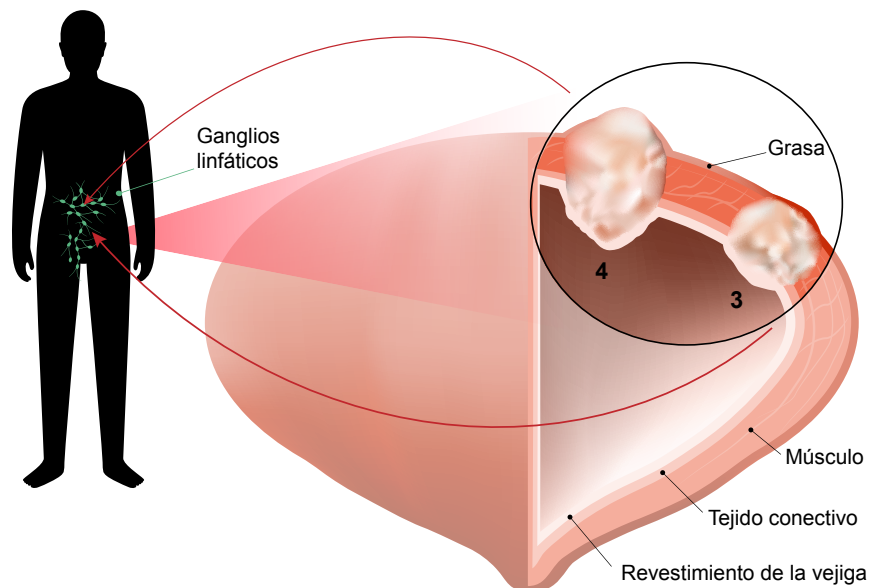
Los tratamientos sistémicos más frecuentes para el cáncer de vejiga localmente avanzado son la quimioterapia, el tratamiento dirigido y la inmunoterapia. Las opciones de tratamiento recomendadas se enumeran en la **Guía 8**.

El tratamiento estándar para el cáncer de vejiga localmente avanzado ha sido durante mucho tiempo la quimioterapia con derivados del platino (cisplatino o carboplatino). Recientemente, los expertos en cáncer han empezado a tratar el cáncer de vejiga localmente avanzado y metastásico con una combinación de quimioterapia dirigida (Padcev) e inmunoterapia (Keytruda). Esta combinación parece ser más eficaz que la

Cáncer de vejiga en estadio 3B y estadio 4A

El cáncer de vejiga en estadio 3B ha crecido fuera de la vejiga y se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos o a los de la parte superior de la pelvis.

El tumor en el estadio 4A ha crecido y atravesado la pared de la vejiga. También podría haberse extendido a la pared de la pelvis o del abdomen. Además, puede haberse extendido a los ganglios linfáticos cercanos e incluso a los distantes.



quimioterapia con derivados del platino en este estadio del cáncer.

Si no puede someterse a este tratamiento combinado, la quimioterapia con derivados del platino y otros medicamentos de inmunoterapia y tratamiento dirigido siguen siendo opciones de tratamiento recomendadas para el cáncer en estadio 3B.

Aproximadamente entre 2 y 3 meses después de finalizar el tratamiento inicial, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes para comprobar si el tratamiento ha funcionado. Si las pruebas muestran que el cáncer no ha crecido ni se ha extendido después del tratamiento sistémico, puede recibir un tratamiento de mantenimiento para conservar los beneficios del tratamiento y desacelerar el crecimiento del cáncer. Bavencio (avelumab), un inhibidor de puntos de control, es la opción de mantenimiento recomendada.

Guía 8
Opciones de tratamiento sistémico para los cánceres de vejiga en estadios 3B y 4A

	Tratamiento	Tipo de tratamiento
Opción recomendada	Padcev (enfortumab vedotin-ejfv) y Keytruda (pembrolizumab)	Quimioterapia dirigida e inmunoterapia
Otras opciones	Gemcitabina y cisplatino (o carboplatino)	Quimioterapia
	Opdivo (nivolumab), gemcitabina y cisplatino	Inmunoterapia y quimioterapia
Opciones para determinados casos	Dosis densa de metotrexato, vinblastina, doxorubicina y cisplatino (ddMVAC)	Quimioterapia
	Gemcitabina	Quimioterapia
	Gemcitabina y Taxol (paclitaxel)	Quimioterapia
	Ifosfamida, doxorubicina y gemcitabina	Quimioterapia
	Keytruda	Inmunoterapia
	Tecentriq (atezolizumab)	Inmunoterapia

Si no se detecta cáncer después del tratamiento inicial, el siguiente paso dependerá de sus circunstancias específicas:

- Seguimiento sin tratamiento adicional. Esto no significa que el cáncer se haya curado. Se podría iniciar un seguimiento y control para detectar la reaparición del cáncer.
- Tratamiento adicional para eliminar cualquier célula cancerosa indetectable que haya quedado. Esto se denomina tratamiento de consolidación. Las alternativas del tratamiento de consolidación incluyen lo siguiente:
 - Cirugía de extirpación de la vejiga (cistectomía radical).
 - Quimiorradioterapia.

Si se detecta cáncer después de la quimioterapia, puede someterse a un tratamiento adicional para probar una estrategia diferente. Otras opciones de tratamiento:

- Cistectomía radical (solo para cáncer de vejiga).
- Quimiorradioterapia (para el cáncer persistente en la vejiga).
- Tratamiento de la enfermedad metastásica (cáncer localizado fuera de la vejiga).

Si el cáncer sigue creciendo o extendiéndose después de la quimioterapia, el siguiente paso es iniciar el tratamiento de la enfermedad metastásica. *Consulte el capítulo 7.*

Seguimiento

Para obtener recomendaciones sobre atención de seguimiento y controles para detectar la reaparición del cáncer, *consulte la página 61.*

Quimiorradiación

La otra opción de tratamiento principal para el cáncer de vejiga localmente avanzado en estadio 3B es la quimiorradioterapia, una combinación de quimioterapia y radioterapia. Cuando se administran juntos, ambos tratamientos funcionan mejor que cualquiera de ellos por separado.

Aproximadamente entre 2 y 3 meses después de finalizar la quimiorradiación, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes para comprobar si el tratamiento ha funcionado.

Si no se detecta cáncer después de la quimiorradiación, no es necesario ningún otro tratamiento. Puede empezar la atención de seguimiento y la vigilancia de la recidiva del cáncer.

Si se detecta cáncer después de la quimiorradiación, puede someterse a un tratamiento adicional para probar una estrategia diferente. Entre las opciones de tratamiento adicional se incluyen las siguientes:

- Tratamiento intravesical con BCG (si el tumor se ha reducido lo suficiente como para no invadir la capa muscular de la vejiga).
- Cistectomía radical (solo para cáncer de vejiga).
- Tratamiento de la enfermedad metastásica (cáncer localizado fuera de la vejiga).

Si el cáncer sigue creciendo o extendiéndose incluso después de la quimiorradiación, el siguiente paso es iniciar el tratamiento de la enfermedad metastásica. *Consulte el capítulo 7.*

Seguimiento

Para obtener recomendaciones sobre atención de seguimiento y controles para detectar la reaparición del cáncer, *consulte la página 61*.

Cáncer de vejiga en estadio 4A

El cáncer de vejiga en estadio 4A ha crecido y atravesado la pared de la vejiga y puede haberse extendido a la pared de la pelvis o del abdomen. En el estadio 4A el cáncer de vejiga puede haberse extendido a los ganglios linfáticos cercanos a la vejiga e incluso a ganglios linfáticos alejados de la vejiga.

Las opciones de tratamiento para el cáncer de vejiga en estadio 4A dependen de si el cáncer se ha extendido o no a los ganglios linfáticos distantes. El cáncer de vejiga en estadio 4A que se **ha** extendido a los ganglios linfáticos distantes se considera metastásico. (*Consulte la página 61*). El cáncer en estadio 4A que **no ha** alcanzado los ganglios linfáticos distantes se denomina localmente avanzado.

Estadio 4A localmente avanzado

Si las pruebas indican que el cáncer se ha extendido a la pared de la pelvis o el abdomen, pero no se ha extendido a ganglios linfáticos u órganos distantes, es posible que reciba una de estas opciones de tratamiento inicial:

- Tratamiento sistémico que combina una quimioterapia dirigida (Padcev) y una inmunoterapia (Keytruda). Esta combinación parece ser más eficaz que la quimioterapia con derivados del platino en este estadio del cáncer. Si no puede someterse a este tratamiento combinado, la quimioterapia con derivados del platino y otros medicamentos de inmunoterapia y tratamiento dirigido siguen siendo una opción. Para ver opciones de tratamiento sistémico recomendadas, **consulte la Guía 8**.

- Quimiorradioterapia. Se trata de una combinación de quimioterapia y radioterapia. Cuando se administran juntos, ambos tratamientos funcionan mejor que cualquiera de ellos por separado.

Después de cualquiera de los dos tipos de tratamiento, necesitará realizarse algunas pruebas para comprobar si el tratamiento ha funcionado. Se recomienda realizar pruebas después de 2 o 3 ciclos de tratamiento sistémico, o entre 2 y 3 meses después de finalizar la quimiorradiación. Las pruebas incluyen cistoscopia, RTUV y exploración o estudio de diagnóstico por imágenes del abdomen y la pelvis.

Si las pruebas muestran que el cáncer no ha crecido ni se ha extendido después del tratamiento inicial, puede recibir un tratamiento de mantenimiento para conservar los beneficios del tratamiento y evitar que el cáncer crezca. Bavencio (avelumab), un inhibidor de puntos de control, es la opción de mantenimiento recomendada.

Si no se detecta cáncer después del tratamiento inicial, el tratamiento adicional puede evitar que el cáncer reaparezca. Estas son sus alternativas:

- Tratamiento sistémico para eliminar cualquier célula cancerosa indetectable que haya podido quedar. El tratamiento sistémico puede incluir inmunoterapia o quimioterapia.
- Quimiorradioterapia (si no ha recibido radioterapia antes).
- Cistectomía radical (si el tratamiento principal redujo el tumor lo suficiente).

Si se detecta cáncer después del tratamiento inicial, puede optar por someterse a un tratamiento adicional para ayudar a eliminar la mayor parte del cáncer. Otras opciones de tratamiento:

Guía 9

Siguientes opciones de tratamiento sistémico para el cáncer de vejiga en estadio 4A

¿Qué tratamiento de primera línea ha recibido?	Siguientes opciones de tratamiento preferidas	Otras opciones de tratamiento recomendadas o útiles
Quimioterapia	• Keytruda (pembrolizumab) • Otras opciones preferidas: • Opdivo (nivolumab) • Bavencio (avelumab) • Balversa (erdafitinib) • Padcev (enfortumab vedotin-ejfv)	• Taxol (paclitaxel) • Docetaxel • Gemcitabina • Keytruda y Padcev
Inhibidor del punto de control* y se le puede administrar cisplatino	• Gemcitabina y cisplatino • Dosis densa de metotrexato, vinblastina, doxorubicina y cisplatino (ddMVAC) • Balversa	• Ifosfamida, doxorubicina y gemcitabina • Gemcitabina y Taxol
Inhibidor del punto de control* pero no se le puede administrar cisplatino	• Padcev • Gemcitabina y carboplatino • Balversa	• Taxol • Docetaxel • Gemcitabina
Quimioterapia con derivados del platino e inhibidor del punto de control*	• Padcev • Balversa	• Trodelvy (sacituzumab govitecan-hziy) • Gemcitabina • Taxol • Docetaxel • Ifosfamida, doxorubicina y gemcitabina • Gemcitabina y Taxol • Gemcitabina y cisplatino • ddMVAC • Enhertu (trastuzumab deruxtecán)

* Los inhibidores de puntos de control incluyen Bavencio, Keytruda, Opdivo y Tecentriq.

- Tratamiento sistémico como inmunoterapia o quimioterapia. Para conocer las opciones de tratamiento, **consulte la Guía 9**.
- Quimiorradioterapia (si no ha recibido radioterapia antes).
- Cistectomía radical (si el tratamiento principal redujo el tumor lo suficiente).

Seguimiento

Para obtener recomendaciones sobre la atención de seguimiento y la vigilancia de la recidiva del cáncer, *consulte Atención de seguimiento, a la derecha*.

Estadio 4A metastásico

El cáncer en estadio 4A se ha extendido a ganglios linfáticos distantes del cuerpo (hizo metástasis). El tratamiento principal es el tratamiento sistémico, que es un tratamiento que afecta a las células cancerosas de todo el cuerpo. Para ver opciones de tratamiento sistémico recomendadas,

consulte la Guía 8.

Después del tratamiento, necesitará realizarse algunas pruebas para comprobar si el tratamiento ha funcionado. Las pruebas incluyen cistoscopia, RTUV y estudios de diagnóstico por imágenes del abdomen y la pelvis. Si las pruebas muestran que el cáncer no ha crecido ni se ha extendido después del tratamiento sistémico, puede recibir un tratamiento de mantenimiento para conservar los beneficios del tratamiento y desacelerar el crecimiento del cáncer. Bavencio (avelumab), un inhibidor de puntos de control, es la opción de mantenimiento recomendada.

Si no se encuentra cáncer o si hay menos cáncer después del tratamiento inicial, es posible que su médico le recomiende un tratamiento local con cirugía o radioterapia para eliminar el cáncer de vejiga que pueda haber quedado. Este tratamiento está indicado principalmente para personas que prefieren un tratamiento muy agresivo y que han obtenido buenos resultados con el tratamiento sistémico.

Si el cáncer se mantiene o continúa creciendo, el siguiente paso es el tratamiento de la enfermedad metastásica. *Consulte el capítulo 7*. También puede considerar la posibilidad de participar en un ensayo clínico.

Cuidados de seguimiento

Cuando haya terminado el tratamiento inicial, comenzará la siguiente fase de la atención del cáncer. Esta es la fase de seguimiento (o vigilancia). Durante este tiempo, se le harán pruebas de forma ocasional para controlar la reaparición del cáncer. Como se menciona en otra parte de este libro, el cáncer de vejiga puede reaparecer en cualquier momento. Así que asegúrese de no faltar ni olvidarse de acudir a ninguna cita de seguimiento.

Si presenta algún síntoma o problema, no espere hasta la siguiente consulta de seguimiento. Comuníquese inmediatamente con su médico o equipo de atención.

Las pruebas específicas que debe realizarse, y su frecuencia, dependen de si le han extirpado la vejiga.

Si le extirparon la vejiga

Aunque le hayan realizado una cirugía para extirparle la vejiga, el cáncer puede reaparecer en otras zonas, como el tracto urinario superior, la uretra o cualquier otra parte del cuerpo. Por ello, es posible que deba someterse a pruebas y visitas de seguimiento durante muchos años.

El seguimiento después de una cistectomía radical incluye estudios de diagnóstico por imágenes, análisis de orina y sangre, y pruebas para comprobar el estado del hígado y los riñones. Para conocer el calendario recomendado de pruebas de seguimiento después de una cistectomía radical, **consulte la Guía 10**. Tenga en cuenta que el plan de seguimiento de cada persona será diferente.

La citología de lavado uretral es una prueba para detectar cáncer en la uretra. Para esta prueba, se llena la uretra con una solución salina. A continuación, se lava el líquido y se analiza en busca de células cancerosas. La citología de lavado uretral se recomienda durante los 2 primeros años de seguimiento a las personas con alto riesgo de recidiva del cáncer.

Las personas que se han sometido a una derivación urinaria pueden perder vitamina B12 con el tiempo. Por lo tanto, después del primer año de seguimiento, se debe comprobar su nivel de vitamina B12 una vez al año.

Si no le extirparon la vejiga

Para quienes pudieron conservar la vejiga, siempre existe el riesgo de que el cáncer regrese a la vejiga, a otra parte del tracto urinario o a otras zonas del cuerpo.

Guía 10

Pruebas de seguimiento después de la extirpación de la vejiga para el cáncer de vejiga músculo-invasivo

	Diagnóstico por imágenes	Análisis de sangre	Análisis de orina
Año 1	Cada 3 a 6 meses: • Urografía (TC o IRM) • TC o radiografía de tórax	Cada 3 a 6 meses: • Función renal • Función hepática • HC y PMC (si ha recibido quimioterapia)	Cada 6 a 12 meses: • Citología urinaria • Citología de lavado uretral (solo en caso de alto riesgo de recidiva)
Año 2			
Año 3	Una vez al año: • TC o IRM de abdomen y pelvis • TC o radiografía de tórax	Una vez al año: • Función renal • Función hepática • Nivel de vitamina B12	Según las indicaciones de su médico: • Citología urinaria • Citología de lavado uretral (solo en caso de alto riesgo de recidiva)
Año 4			
Año 5			
Años 6-10	Una vez al año: • Ecografía de los riñones	Una vez al año: • Nivel de vitamina B12	
Después de 10 años	Según las indicaciones de su médico		

Las pruebas de seguimiento después del tratamiento con preservación de la vejiga incluyen cistoscopia, estudios de diagnóstico por imágenes, análisis de orina y sangre, y pruebas para comprobar el estado del hígado y los riñones. Para conocer el calendario recomendado de pruebas de seguimiento después de un tratamiento con preservación de la vejiga, **consulte la**

Guía 11. Tenga en cuenta que el plan de seguimiento de cada persona será diferente.

Recidiva o persistencia

El cáncer de vejiga reaparece con más frecuencia que otros tipos de cáncer. Incluso las personas que han recibido el tratamiento más completo contra el cáncer de vejiga pueden tener una recidiva.

La atención de seguimiento consiste en controlar atentamente la recidiva. Cuando el cáncer reaparece, o cuando el tratamiento no funciona, es útil saber cómo afrontarlo. El tratamiento del

Guía 11 Pruebas de seguimiento después del tratamiento con preservación de la vejiga para el cáncer de vejiga músculo-invasivo

	Cistoscopia	Diagnóstico por imágenes	Análisis de sangre	Análisis de orina		
Año 1	Cada 3 meses	Cada 3 a 6 meses: • Urografía (TC o IRM) • TC o radiografía de tórax	Cada 3 a 6 meses: • Función renal • Función hepática • HC y PMC (si ha recibido quimioterapia)	Cada 6 a 12 meses: • Citología urinaria		
Año 2						
Año 3	Cada 6 meses	Una vez al año: • TC o IRM de abdomen y pelvis • TC o radiografía de tórax	Según las indicaciones de su médico: • Función renal • Función hepática	Según las indicaciones de su médico: • Citología urinaria		
Año 4						
Año 5	Una vez al año					
Años 6-10						
Después de 10 años	Según las indicaciones de su médico	Según las indicaciones de su médico				

cáncer de vejiga músculo-invasivo recidivante o persistente se basa en los resultados de las pruebas de seguimiento y en si le han extirpado la vejiga.

Si no le extirparon la vejiga

Si se detecta cáncer en una persona con preservación de la vejiga, es importante saber si el cáncer está en la vejiga o en otra parte del tracto urinario.

Cáncer en la vejiga

Si las pruebas muestran cáncer recidivante en la vejiga, pero no en otras zonas del cuerpo, el tratamiento depende de si el cáncer ha invadido la capa muscular de la vejiga.

- **No ha invadido la capa muscular:** estos tumores suelen tratarse con tratamiento intravesical con BCG o cistectomía radical.
- **Ha invadido la capa muscular:** estos tumores suelen tratarse con una cistectomía radical. La quimiorradiación también es una opción si nunca antes recibió radioterapia. Si no puede someterse a una cistectomía o quimiorradiación, otras opciones son el tratamiento sistémico, como la inmunoterapia o la quimioterapia, así como la RTUV y los cuidados paliativos para aliviar el dolor y otros síntomas.

Cáncer en otra parte del tracto urinario

Si los resultados de la citología urinaria indican la presencia de cáncer en el tracto urinario, el siguiente paso es averiguar dónde está localizado. Se realizan pruebas adicionales para examinar el tracto urinario superior y la uretra. Estos tipos de cáncer son poco frecuentes, pero también pueden ser muy graves.

- **Cáncer en los uréteres o los riñones:** para examinar el tracto urinario superior, es posible que le realicen una citología urinaria adicional y posiblemente biopsias de los uréteres o los riñones. Si se detectan células cancerosas, es necesario administrar tratamiento en el tracto urinario superior.
- **Cáncer en la uretra prostática:** se realiza una biopsia para comprobar la sección de la uretra que atraviesa la glándula prostática. Si la biopsia muestra células cancerosas, es necesario el tratamiento de esta parte de la uretra.

Si le extirparon la vejiga

Si le extirparon la vejiga pero se detecta cáncer recidivante, le harán más pruebas para localizar exactamente dónde está el cáncer.

El tratamiento del cáncer recidivante puede incluir un tratamiento sistémico, como quimioterapia, inmunoterapia o tratamiento dirigido o radioterapia para aliviar los síntomas de dolor.

¿Cuál es el siguiente paso?

Si ha recibido tratamiento para el cáncer recidivante o persistente, seguirá haciéndose pruebas y acudiendo a consultas de seguimiento cada cierto tiempo para vigilar si el cáncer reaparece o progresa. Por eso, asegúrese de continuar asistiendo a las consultas de seguimiento y permanecer en contacto con su equipo de atención. La vigilancia es una parte clave del plan de seguimiento.

Tenga en cuenta que hay muchos tratamientos nuevos e interesantes para el cáncer de vejiga que han sido aprobados recientemente y que se prevén en el corto plazo. Como siempre, puede intentar participar en un ensayo clínico en prácticamente cualquier momento del tratamiento oncológico.

Sepa que puede tener cáncer de vejiga y seguir llevando una vida plena después del diagnóstico y el tratamiento.

Pregunte por los tratamientos complementarios, que pueden ser útiles en cualquier estadio del cáncer. Para obtener información sobre tratamientos complementarios y otras ayudas, *consulte el capítulo 8*.

Puntos clave

- Si un tumor de vejiga crece en la capa muscular gruesa de la pared de la vejiga, se denomina cáncer de vejiga músculo-invasivo. Los cánceres de vejiga en estadios 2, 3 y 4 son músculo-invasivos.
- La cistectomía radical es el tratamiento principal para las personas con cáncer de vejiga en estadio 2 o 3A que están lo suficientemente saludables como para someterse a una cirugía. A menudo se administra previamente quimioterapia con cisplatino para reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía.
- Algunas personas con cáncer de vejiga músculo-invasivo en estadios 2 o 3A no pueden o no desean someterse a una cistectomía radical. Para estas personas, las opciones de tratamiento incluyen la RTUV y la quimiorradiación, la radioterapia sola o la RTUV sola.
- Las principales opciones de tratamiento para el cáncer de vejiga en estadio 3B y 4A son el tratamiento sistémico o la quimiorradiación.
- Las pruebas de seguimiento después del tratamiento para el cáncer de vejiga músculo-invasivo incluyen estudios de diagnóstico por imágenes, análisis de orina y sangre, y pruebas para comprobar el estado del hígado y los riñones.

7

Tratamiento del cáncer de vejiga metastásico

- 68 Pruebas para planificar el tratamiento
- 68 Tratamiento de primera línea
- 70 Siguiendo opciones de tratamiento
- 71 Otros tratamientos
- 73 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 73 Puntos clave

Si el cáncer se extiende a zonas fuera de la vejiga, se denomina cáncer en estadio 4B o metastásico. El tratamiento del cáncer de vejiga metastásico se centra en ayudarlo a vivir lo más normal y cómodamente posible, durante el mayor tiempo posible.

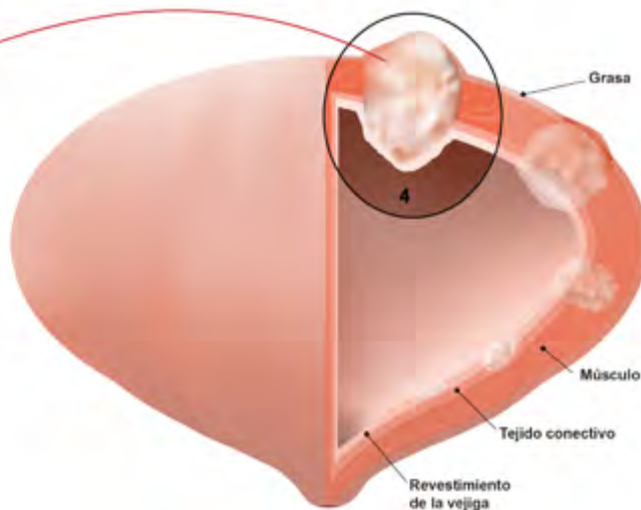
El estadio 4B es el cáncer de vejiga metastásico. Este cáncer ha crecido y atravesado la pared de la vejiga y se ha extendido (hizo metástasis) a los ganglios linfáticos u órganos alejados de la vejiga. El cáncer de vejiga metastásico puede haberse extendido a zonas como los huesos, el hígado o los pulmones.

Aunque los tratamientos mejoran constantemente, el cáncer de vejiga metastásico suele ser incurable y los síntomas son habituales. Por este motivo, el tratamiento se dirige a aliviar los síntomas al tiempo que se frena el crecimiento y la propagación del cáncer. Participar en un ensayo clínico también es una buena opción para las personas que tienen cáncer de vejiga metastásico.

Recibir un diagnóstico de cáncer de vejiga metastásico es muy difícil. Puede causar mucha ansiedad y estrés. Hablar de ello con médicos, enfermeros, terapeutas o asesores, así como con otras personas con cáncer de vejiga puede ser útil. Pregunte a su equipo de tratamiento por estos y otros recursos.

Cáncer de vejiga en estadio 4B

El cáncer de vejiga en estadio 4B ha crecido y atravesado la pared de la vejiga y puede haberse extendido a ganglios linfáticos u órganos alejados de la vejiga.



Pruebas para planificar el tratamiento

Antes de recibir tratamiento, deberá realizarse algunas pruebas más para averiguar qué cantidad de metástasis hay y en qué parte del cuerpo se encuentran. Esta información ayuda a su equipo de tratamiento a planificar los cuidados adecuados para usted.

El tratamiento principal del cáncer de vejiga metastásico suele ser el tratamiento sistémico. Los tratamientos sistémicos, como la quimioterapia, la inmunoterapia y el tratamiento dirigido, afectan a todo el organismo. Para determinar qué tipo de medicamento de tratamiento sistémico es el mejor para usted, su equipo de atención tendrá en cuenta su estado de salud general. Esto incluye el funcionamiento del corazón, el hígado y los riñones, el grado de avance del cáncer y su capacidad para realizar las actividades cotidianas.

Los estudios pueden incluir los siguientes:

- Gammagrafía ósea o IRM para detectar cáncer en los huesos.
- TC del tórax para detectar cáncer en los pulmones y otros órganos.
- TC o IRM del cerebro y la médula espinal.
- Análisis de sangre para evaluar si sus riñones pueden procesar los fármacos de la quimioterapia.
- Biopsia de cualquier zona sospechosa.
- Pruebas moleculares o genómicas para encontrar biomarcadores que indiquen que puede recibir determinados tratamientos dirigidos.

Tratamiento de primera línea

Los expertos de NCCN recomiendan comenzar con una de las opciones de tratamiento sistémico que figuran en la **Guía 12**. Se denominan tratamientos de “primera línea” porque son los que tienen más probabilidades de funcionar.

El tratamiento estándar de primera línea para el cáncer de vejiga metastásico ha sido durante mucho tiempo la quimioterapia con derivados del platino (cisplatino o carboplatino). No obstante, ahora los expertos en cáncer tratan el cáncer de vejiga metastásico con una combinación de quimioterapia dirigida (Padcev) e inmunoterapia (Keytruda). Esta combinación parece ser más eficaz que la quimioterapia con derivados del platino para el cáncer de vejiga metastásico.

Si no puede someterse a este tratamiento combinado o si no está disponible, la quimioterapia con derivados del platino y otros medicamentos de inmunoterapia y tratamiento dirigido siguen siendo opciones de tratamiento recomendadas para el cáncer de vejiga metastásico.

Tratamiento de mantenimiento

Si ha recibido quimioterapia con derivados del platino como tratamiento de primera línea y, como resultado, el cáncer no ha crecido ni se ha extendido, es posible que reciba un tratamiento de mantenimiento para conservar los beneficios del tratamiento y desacelerar el crecimiento del cáncer. Bavencio (avelumab), un inhibidor de puntos de control, es la opción de mantenimiento recomendada.

El tratamiento de mantenimiento quizá no sea necesario después de otros tipos de tratamiento sistémico de primera línea.

Radiación para aliviar los síntomas

En algunas personas con cáncer de vejiga metastásico, la radioterapia puede utilizarse para reducir los síntomas y aliviar el dolor o las molestias en los huesos o en otras partes del cuerpo. Dado que este tipo de radiación no tiene como objetivo curar el cáncer, pueden utilizarse dosis más bajas, lo que disminuye los efectos secundarios que suelen asociarse a la radiación.

Pregunte a su equipo de tratamiento si puede recibir este tipo de radioterapia.

Ensayos clínicos

Participar en un ensayo clínico es una opción para cualquier persona con cáncer. Se recomienda especialmente a las personas con cáncer de vejiga que sigue avanzando después del tratamiento de primera línea.

Guía 12 Opciones de tratamiento sistémico de primera línea para el cáncer de vejiga metastásico en estadio 4B

	Tratamiento	Tipo de tratamiento
Opción recomendada	Padcev (enfortumab vedotin-ejfv) y Keytruda (pembrolizumab)	Quimioterapia dirigida e inmunoterapia
Otras opciones	Gemcitabina y cisplatino (o carboplatino)	Quimioterapia
	Opdivo (nivolumab), gemcitabina y cisplatino	Inmunoterapia y quimioterapia
Opciones para determinados casos	Dosis densa de metotrexato, vinblastina, doxorrubicina y cisplatino (ddMVAC)	Quimioterapia
	Gemcitabina	Quimioterapia
	Gemcitabina y Taxol (paclitaxel)	Quimioterapia
	Ifosfamida, doxorrubicina y gemcitabina	Quimioterapia
	Keytruda	Inmunoterapia
	Tecentriq (atezolizumab)	Inmunoterapia

Seguimiento

Cuando ya lleve un tiempo en tratamiento, el equipo de atención necesitará comprobar si el tratamiento está funcionando. Las pruebas de seguimiento se enumeran en la **Guía 13**.

Si el cáncer se mantiene igual o mejora, suele continuarse el tratamiento.

Si el cáncer sigue creciendo o si el tratamiento es demasiado fuerte, debe considerarse un tratamiento diferente.

Sigüientes opciones de tratamiento

Si el cáncer progresa después del tratamiento de primera línea, existen otros tratamientos que puede recibir a continuación. Las sigüientes opciones de tratamiento recomendadas se enumeran en la **Guía 14**. Las sigüientes opciones de tratamiento dependen del tratamiento de primera línea que haya recibido.

Si recibió quimioterapia como tratamiento de primera línea, la opción preferida del sigüiente tratamiento es la inmunoterapia con Keytruda. Otras de las sigüientes opciones de tratamiento preferidas son Opdivo (nivolumab), Bavencio, Padcev o Balversa (si los estudios genéticos muestran que tiene un cambio en el gen *FGFR3*).

Guía 13

Pruebas de seguimiento después del tratamiento de primera línea del cáncer de vejiga metastásico

Prueba	Frecuencia de la prueba
Cistoscopia	Según las indicaciones de su médico
Diagnóstico por imágenes	Cada 3 a 6 meses, o antes si hay algún cambio o síntomas nuevos: • Urografía (TC o IRM) • TC o TEP/TC de tórax, abdomen y pelvis
Análisis de sangre	Cada 1 a 3 meses: • HC y PMC Una vez al año: • Nivel de vitamina B12 si se sometió a una cistectomía
Análisis de orina	Según las indicaciones de su médico: • Citología urinaria

Si recibió quimioterapia con derivados del platino (cisplatino o carboplatino) como tratamiento de primera línea hace más de 12 meses, es posible que pueda recibirla de nuevo si su organismo la tolera.

Si su tratamiento de primera línea fue un inhibidor de puntos de control (como Keytruda, Bavencio, Opdivo o Tecentriq), la siguiente opción de tratamiento preferida dependerá de si puede recibir quimioterapia con cisplatino. Si puede recibirla, sus opciones incluyen gemcitabina y cisplatino o una combinación de metotrexato, vinblastina, doxorrubicina y cisplatino (ddMVAC). Si los estudios genéticos revelan que tiene una alteración en el gen *FGFR3*, Balversa también es una opción para usted.

Si no puede recibir quimioterapia con cisplatino, sus opciones incluyen Padcev o gemcitabina y carboplatino. Balversa también es una opción si tiene una alteración genética en el gen *FGFR3*.

Otros tratamientos que no figuran en la **Guía 14** pueden ser útiles en determinadas situaciones, en función del tratamiento que ya haya recibido.

Si ha recibido tratamiento con quimioterapia con derivados del platino y un inhibidor de puntos de control, la opción de tratamiento preferida es Padcev. Para las personas que tienen una alteración genética en el gen *FGFR3*, Balversa también es una opción. Otras opciones posibles son el tratamiento dirigido con Trodelvy (sacituzumab govitecan-hziy), diversas combinaciones de quimioterapia o Enhertu (trastuzumab deruxtecán) en determinadas situaciones.

Otros tratamientos

Cirugía para metástasis

Después del tratamiento sistémico, un reducido número de personas podría beneficiarse de la cirugía para extirpar el cáncer que ha crecido en zonas del cuerpo distintas de la vejiga (metástasis). Es más probable que la cirugía lo ayude en los siguientes casos:

- El cáncer no avanza con rapidez.
- El tratamiento sistémico fue eficaz.
- Las metástasis se limitan a los pulmones o los ganglios linfáticos.
- Las metástasis están solo en una zona (solo en el pulmón, por ejemplo).

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario tiene como objetivo mejorar su calidad de vida. Incluye la atención de los síntomas del cáncer y los efectos secundarios del tratamiento. También ayuda con otras cuestiones relacionadas con el cáncer. Para obtener más información sobre el tratamiento complementario, *consulte el capítulo 8*.

Guía 14**Siguientes opciones de tratamiento sistémico para el cáncer de vejiga metastásico en estadio 4B**

¿Qué tratamiento ya ha recibido?	Siguientes opciones de tratamiento preferidas	Otras opciones de tratamiento recomendadas o útiles
Quimioterapia	• Keytruda (pembrolizumab) • Otras opciones preferidas: • Opdivo (nivolumab) • Bavencio (avelumab) • Balversa (erdafitinib) • Padcev (enfortumab vedotin-ejfv)	• Taxol (paclitaxel) • Docetaxel • Gemcitabina • Keytruda y Padcev
Inhibidor del punto de control* y se le puede administrar cisplatino	• Gemcitabina y cisplatino • Dosis densa de metotrexato, vinblastina, doxorubicina y cisplatino (ddMVAC) • Balversa	• Ifosfamida, doxorubicina y gemcitabina • Gemcitabina y Taxol
Inhibidor del punto de control* pero no se le puede administrar cisplatino	• Padcev • Gemcitabina y carboplatino • Balversa	• Taxol • Docetaxel • Gemcitabina
Quimioterapia con derivados del platino e inhibidor del punto de control*	• Padcev • Balversa	• Trodelvy (sacituzumab govitecan-hziy) • Gemcitabina • Taxol • Docetaxel • Ifosfamida, doxorubicina y gemcitabina • Gemcitabina y Taxol • Gemcitabina y cisplatino • ddMVAC • Enhertu (trastuzumab deruxtecán)

* Los inhibidores de puntos de control incluyen Bavencio, Keytruda, Opdivo y Tecentriq.

¿Cuál es el siguiente paso?

Después del tratamiento del cáncer de vejiga metastásico, seguirá realizándose pruebas y acudiendo a consultas para vigilar si el cáncer reaparece o progresa, o para tratar el cáncer existente. La vigilancia es una parte clave del plan de seguimiento. Por eso, asegúrese de continuar asistiendo a las consultas de seguimiento y permanecer en contacto con su equipo de atención. Como siempre, puede pedir que lo incluyan en un ensayo clínico.

Sepa que puede tener cáncer de vejiga y seguir disfrutando de la vida después del diagnóstico y el tratamiento. Intente disfrutar de la vida todo lo que pueda. Únase a un grupo de apoyo si necesita recursos adicionales.

Algunas personas pueden llegar a un punto en el que el tratamiento deja de funcionar y no hay otros tratamientos disponibles. Incluso las personas que siguen recibiendo tratamiento pueden sentir a veces que no hay esperanza. Es habitual sentir frustración, rabia, arrepentimiento, desesperación e incertidumbre, incluso todo al mismo tiempo. Hable con familiares o amigos. O bien, hable con su médico u otro integrante de su equipo de atención. Ellos pueden recomendarle profesionales que lo ayuden a afrontar estos sentimientos y guiarlo en los próximos pasos.

Para obtener información sobre tratamientos complementarios y otras ayudas, *consulte el capítulo 8*.

Puntos clave

- El tratamiento del cáncer de vejiga metastásico se centra en ayudarlo a vivir lo más normal y cómodamente posible, durante el mayor tiempo posible.
- Hablar de su diagnóstico con médicos, enfermeros, terapeutas o asesores, así como con otras personas con cáncer de vejiga, puede ser útil.
- Es previsible que se le realicen más pruebas para averiguar qué cantidad de metástasis hay y en qué parte del cuerpo se encuentran.
- El principal tratamiento del cáncer de vejiga metastásico es el tratamiento sistémico. Los tratamientos sistémicos incluyen quimioterapia, inmunoterapia (inhibidores de puntos de control) y tratamiento dirigido.
- Se recomienda especialmente la participación en un ensayo clínico a las personas con cáncer de vejiga metastásico.
- La radioterapia puede utilizarse para reducir los síntomas y aliviar el dolor o las molestias del cáncer de vejiga.

8

Tratamiento complementario y otra asistencia

- 75 Tratamiento complementario
- 76 Ansiedad y depresión
- 76 Preocupaciones económicas
- 77 Planificación anticipada de la atención
- 79 Puntos clave

El tratamiento complementario aborda los síntomas y efectos secundarios del cáncer de vejiga, así como cuestiones psicológicas, sociales, económicas y espirituales. Hay muchos recursos disponibles para ayudarlo a sentirse mejor y responder a sus preguntas.

La principal preocupación de la mayoría de los pacientes con cáncer es encontrar un tratamiento que funcione. Sin embargo, el cáncer no se limita al tratamiento. El tratamiento del cáncer es una montaña rusa que incluye muchos desafíos físicos y emocionales adicionales. Es importante que sepa que puede obtener apoyo para estos desafíos.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario sirve para aliviar los síntomas del cáncer y los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos y otros problemas de salud relacionados con el cáncer. Los tratamientos complementarios, también denominados cuidados paliativos, pueden ayudar a resolver problemas psicológicos, sociales y espirituales. El tratamiento complementario afecta a todos los aspectos de la persona, no solo a su cáncer.

El tratamiento complementario se puede aplicar en cualquier estadio de la enfermedad, no solo al final de la vida.

El tratamiento complementario responde a muchas necesidades. Puede ayudar a tomar decisiones sobre el tratamiento. Asimismo puede ayudar con la coordinación del tratamiento entre los distintos profesionales.

Está bien pedir ayuda

La depresión, la ansiedad, el miedo y la angustia son sentimientos muy habituales en las personas con cáncer. Estos sentimientos pueden dificultar la lucha contra el cáncer y su tratamiento. Pueden frenarlo incluso cuando quiere seguir adelante. Obtener ayuda cuando siente preocupación o desesperanza es una parte importante del tratamiento del cáncer. Si siente ansiedad o agobio, pida ayuda a su equipo de atención médica.

Puede encontrar más información sobre el cáncer y la angustia en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



En particular, el tratamiento complementario puede ayudar a prevenir o tratar los síntomas físicos y emocionales. También puede ayudar con el apoyo económico, la planificación anticipada de la atención y las preocupaciones relacionadas con el final de la vida.

Es importante que hable francamente con su equipo de atención médica sobre el tratamiento complementario. Haga preguntas y póngase en contacto con ellos si necesita más información sobre los siguientes pasos.

Puede encontrar más información sobre los cuidados paliativos en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



El ejercicio puede hacer que se sienta mejor. Además, las investigaciones han demostrado que el ejercicio ayuda a algunas personas con cáncer de vejiga a vivir más tiempo.

Ansiedad y depresión

Muchas personas con cáncer de vejiga presentan síntomas de angustia, como ansiedad y depresión. Es posible que sienta ansiedad durante las pruebas, o que padezca depresión durante una parte difícil del tratamiento. Hable con su equipo de tratamiento para recibir ayuda.

La ayuda puede incluir grupos de apoyo, psicoterapia o medicamentos. En su centro oncológico, encontrará asesores oncológicos, trabajadores sociales y otros expertos que pueden ayudarlo. Algunas personas también se sienten mejor haciendo ejercicio, hablando con sus seres queridos o amigos, o relajándose.

Grupos de apoyo

Muchas personas con diagnóstico de cáncer consideran útiles los grupos de apoyo. Los grupos de apoyo suelen incluir a personas en diferentes etapas del tratamiento. Algunas pueden estar recién diagnosticadas, mientras que otras pueden haber terminado el tratamiento. Si no hay grupos de apoyo para personas con cáncer en su hospital o en su comunidad, consulte los recursos en Internet que aparecen en la *página 90* de este libro.

Preocupaciones económicas

El tratamiento del cáncer de vejiga puede tener un costo económico abrumador. El cáncer de vejiga es el más costoso de todos los cánceres a lo largo de la vida del paciente. Por ello, muchas personas con cáncer de vejiga y sus seres queridos luchan para hacer frente al costo del tratamiento, así como al estrés que conlleva pagarlo.

Para empeorar las cosas, es posible que falte al trabajo durante el tratamiento o se quede sin empleo. También puede tener problemas para pagar o conseguir medicamentos. Quizás tenga un seguro de salud modesto, o no tenga uno.

Si tiene problemas para pagar la comida, la vivienda, el tratamiento, la atención de seguimiento y otros gastos, o tiene dificultades para acudir a las citas, hable con el trabajador social de su equipo de atención médica, el orientador de pacientes y los servicios financieros del hospital. Ellos pueden ayudarlo a encontrar ayuda económica y opciones de transporte.

También puede hablar con su equipo de atención médica sobre los problemas que tenga con el trabajo, el seguro o el dinero. En el plan de tratamiento, se incluirá información para ayudarlo a gestionar sus finanzas y costos médicos. Si sus médicos y cuidadores no hablan de cómo pagar el tratamiento, está bien que usted les pregunte antes.

Planificación anticipada de la atención

Cuando el cáncer se diagnostica en una fase tardía o sigue avanzando a pesar de todos los esfuerzos de tratamiento, puede ser el momento de plantearse qué le espera en el futuro. Esta exploración de lo que es importante para usted se denomina planificación anticipada de la atención.

La planificación anticipada de la atención es para todos, no solo para las personas que están muy enfermas. Incluso cuando el cáncer es curable, se debe empezar a hablar del futuro al iniciar el tratamiento.

La planificación anticipada de la atención significa decidir qué cuidados desearía recibir en caso de no poder tomar decisiones médicas por sí mismo. Es una manera de cerciorarse de que sus deseos se entiendan y se respeten. El objetivo es que

usted reciba los mejores cuidados posibles al final de su vida. Los pacientes con cáncer incurable pueden establecer con tiempo una planificación anticipada de la atención para sentirse menos estresados y más capaces de afrontar su enfermedad.

El proceso de planificación anticipada de la atención médica comienza con una conversación franca y honesta con su equipo de atención médica sobre su pronóstico (lo que puede experimentar en los próximos meses) y los medicamentos o tratamientos que pueden ofrecerle la mejor calidad de vida. La calidad de vida se refiere al disfrute general de la vida de una persona, incluida su sensación de bienestar y su capacidad para participar en sus actividades habituales.

Esta conversación debe incluir a su cónyuge o pareja y sus familiares más queridos que probablemente lo acompañen hasta el final de su vida.

Recursos financieros

American Cancer Society (cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment.html) ofrece información general sobre cuestiones financieras y de seguros relacionadas con el cáncer.

American Society of Clinical Oncology (cancer.net/navigating-cancer-care/financial-considerations) ofrece información sobre consideraciones financieras y cómo hacer frente a los costos de la atención del cáncer.

HealthWell Foundation (healthwellfoundation.org) proporciona ayuda financiera a las personas con cáncer u otras enfermedades crónicas que no tienen un seguro suficiente.

National Cancer Institute (cancer.gov/about-cancer/managing-care/track-care-costs) ofrece consejos sobre la administración de los gastos relacionados con el cáncer.

Patient Advocate Foundation (patientadvocate.org) ofrece servicios de administración de casos y ayuda financiera a personas con cáncer u otras enfermedades graves.

Triage Cancer (triagecancer.org) ofrece educación gratuita sobre temas prácticos y legales para personas con cáncer.

Deje en claro sus deseos. Es importante que todos comprendan claramente los objetivos de su atención y sus deseos personales sobre lo que debe hacerse y lo que no.

Puede decidir si hay un punto en el que desee interrumpir el tratamiento del cáncer. También puede decidir qué tratamientos desea para aliviar los síntomas.

Una vez que haya tomado estas decisiones, deberá completar un documento legal en el que se explique lo que desea que se haga en caso de que no pueda comunicárselo usted mismo a su equipo de atención médica. Este documento se denomina voluntad anticipada. Los médicos están obligados a seguir las instrucciones de un documento de voluntades anticipadas cuando usted esté demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención.

Informe a su equipo de atención médica y a su familia sobre sus voluntades anticipadas y su contenido. Entregue una copia de sus voluntades anticipadas a todos sus médicos. Asegúrese de entregar una copia a cualquier persona a la que haya autorizado a tomar decisiones en su nombre (apoderado para asuntos médicos). Si su familia o sus seres queridos no están de acuerdo con su planificación, hable con su equipo de atención médica. A veces, ellos u otros especialistas pueden ayudarlos a usted y a su familia a superar estas difíciles conversaciones.

Puede modificar su plan anticipado de atención en cualquier momento. Las conversaciones frecuentes con su equipo de atención pueden ser de gran ayuda.

Consideraciones para el final de la vida

Los cuidados al final de la vida proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a las personas que están cerca del final de la vida, así como a sus seres queridos. El objetivo es el bienestar, no la curación. También pueden denominarse cuidados paliativos o cuidados terminales.

Tenga en cuenta que los cuidados paliativos son un tipo especial de atención al final de la vida. Los cuidados terminales se refieren específicamente a una prestación del seguro para personas con una expectativa de vida de 6 meses o menos. Los cuidados terminales ayudan a las personas que se encuentran al final de la vida aportando proveedores de cuidados y recursos adicionales, como la atención domiciliaria.

El objetivo de los cuidados al final de la vida es dar a las personas la mejor vida posible en el tiempo que les queda. Los cuidados pueden prestarse en el hogar, en un centro de cuidados paliativos o incluso en el hospital. Uno de los principales objetivos es que no sienta dolor y asegurarse de que pueda dejar este mundo cómodamente y con dignidad. Los médicos, enfermeras, trabajadores sociales y capellanes especializados en cuidados paliativos son expertos en ayudar a los pacientes a superar los desafíos espirituales y emocionales que supone afrontar el final de la vida.

“Contar con una red de apoyo que comprenda el tipo de cáncer y la etapa que uno emprenderá. Aprender de los demás y contar con un espacio seguro para hacer preguntas resulta muy beneficioso”.



Proporcionar apoyo a los familiares es una parte fundamental de los cuidados paliativos. La mayoría de los programas ofrecen asesoramiento y grupos de apoyo a los familiares, incluso después de la muerte del paciente. Esto se conoce como duelo. Puede ser muy reconfortante saber que sus seres queridos contarán con ese tipo de apoyo cuando usted ya no esté.

Puntos clave

- El tratamiento complementario sirve para aliviar los síntomas, los efectos secundarios y otros problemas de salud relacionados con el cáncer.
- El tratamiento complementario afecta a todos los aspectos de la persona, no solo a su cáncer.
- El tratamiento complementario se aplica en cualquier estadio de la enfermedad, no solo al final de la vida.
- Si siente angustia, pregunte cómo reducir la ansiedad o la depresión.
- Si necesita ayuda económica o transporte, hable con el trabajador social de su equipo de atención médica, los orientadores de pacientes y los servicios financieros del hospital.
- La planificación anticipada de la atención se realiza para garantizar que se comprenden y respetan sus deseos del final de la vida.
- Los cuidados de hospicio están destinados a las personas que se acercan al final de la vida. Se centra en la comodidad y la calidad de vida.



Sea su propio defensor. Haga muchas preguntas, incluso las que tenga miedo de hacer. No tenga miedo de pedir una segunda opinión. Tiene que protegerse y cerciorarse de tomar las mejores decisiones y recibir la mejor atención para su caso en particular”.

9

Toma de decisiones sobre el tratamiento

- 81 Es su decisión
- 81 Preguntas para hacer
- 90 Recursos

Es importante que se sienta cómodo con el tratamiento del cáncer que elija. Esta elección comienza cuando tiene una conversación franca y honesta con su equipo de atención médica.

Es su decisión

Las decisiones acerca del tratamiento son muy personales. Lo que es importante para usted puede no serlo para otra persona.

Al tomar decisiones compartidas, usted y su equipo de atención médica comparten información, conversan sobre las opciones y se ponen de acuerdo respecto del plan de tratamiento. Esto comienza con una conversación franca y honesta entre usted y su equipo de atención.

Algunas cosas que pueden afectar su toma de decisiones:

- Lo que usted desea y en qué difiere de lo que desean los demás.
- Sus creencias religiosas y espirituales.
- Lo que piensa acerca de determinados tratamientos, como la cirugía o la quimioterapia.
- Lo que piensa en cuanto al dolor o los efectos secundarios.
- El costo del tratamiento, el traslado hasta los centros de tratamiento y el tiempo lejos de la escuela o el trabajo.
- La calidad de vida y la longevidad.
- Lo activo que es usted y las actividades que le resultan importantes.

Piense en lo que desea obtener del tratamiento. Hable francamente de los riesgos y los beneficios que conllevan los tratamientos y procedimientos específicos. Sopesese sus opciones y comparta sus preocupaciones con su equipo de atención médica. Si consigue entablar una relación con su equipo, se sentirá respaldado a la hora de considerar las opciones y tomar decisiones en cuanto al tratamiento.

Segunda opinión

Es normal que quiera comenzar el tratamiento lo antes posible. Si bien el cáncer no puede pasarse por alto, normalmente hay tiempo para que otro médico analice los resultados de sus estudios y sugiera un plan de tratamiento. Esto se llama buscar una segunda opinión y es una parte habitual del tratamiento del cáncer. ¡Los médicos también buscan segundas opiniones!

Cosas que puede hacer a la hora de prepararse para una segunda opinión:

- Verifique las normas sobre segundas opiniones de su compañía de seguro. Puede haber gastos adicionales por consultar médicos que no estén cubiertos por su plan de seguro.
- Planifique que le envíen copias de todos sus registros al médico que le dará una segunda opinión.

Preguntas para hacer

En las páginas que siguen, hay posibles preguntas para hacerle al equipo de atención. No dude en usarlas o pensar sus propias preguntas. Exprese con claridad sus objetivos en cuanto al tratamiento y averigüe qué cabe esperar de él. Tenga a mano un cuaderno para anotar las respuestas a sus preguntas.

Preguntas sobre las pruebas del cáncer

1. ¿Qué pruebas tendré que hacerme? ¿Cómo me preparo para las pruebas?
2. ¿Las pruebas tienen algún riesgo?
3. ¿Adónde tengo que ir para hacerme las pruebas y cuánto tardaré?
4. ¿Alguna de las pruebas es dolorosa?
5. ¿Con qué frecuencia se equivocan estas pruebas?
6. ¿Debe acompañarme alguien a las citas?
7. ¿Cuándo sabré los resultados y quién me los explicará?
8. ¿Cómo puedo obtener una copia del informe anatomopatológico y de los resultados de los otros estudios?
9. ¿Quién hablará conmigo sobre los pasos que debo seguir?

Preguntas sobre las opciones de tratamiento

1. ¿Se puede curar mi tipo de cáncer de vejiga? Si no es curable, ¿el tratamiento puede impedir que el cáncer crezca?
2. ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
3. ¿Sugieren opciones de tratamiento de NCCN Guidelines o modificaron el tratamiento estándar en mi caso?
4. ¿Ofrece este hospital o centro el mejor tratamiento para mí?
5. ¿De qué manera repercuten en las opciones mi edad, sexo, estado de salud general y otros factores? ¿Qué impacto tendría dejar de fumar en mis resultados?
6. ¿Tengo mejores posibilidades con una alternativa que con otra?
7. ¿Qué pasa si no hago nada?
8. ¿Cómo puedo obtener una segunda opinión?
9. ¿Cuánto tiempo tengo para decidir sobre el tratamiento? ¿Hay algún asistente social o alguien que pueda ayudarme a decidir?
10. ¿Puedo elegir cuándo comenzar el tratamiento?

Preguntas sobre recibir el tratamiento

1. ¿Dónde recibiré el tratamiento: en un hospital, en una clínica, en su consultorio o en mi casa?
2. ¿Cuánto tiempo tomará el tratamiento?
3. ¿Duele el tratamiento?
4. ¿Qué servicios y tratamientos complementarios hay disponibles para mí y mis cuidadores?
5. ¿A quién debo dirigirme si tengo preguntas o dudas si el consultorio está cerrado?
6. ¿Cómo sabrá si el tratamiento es eficaz? ¿Cuáles son mis opciones si el tratamiento deja de funcionar?
7. ¿Qué probabilidades hay de que el cáncer empeore o regrese?
8. ¿Qué cuidados de seguimiento son necesarios después del tratamiento?
9. ¿Podré retomar mis actividades habituales? De ser así, ¿cuándo?

Preguntas sobre los efectos secundarios

1. ¿Cuáles son las complicaciones y los efectos secundarios posibles?
2. ¿El cáncer en sí provoca efectos secundarios?
3. ¿Qué efectos secundarios son los más frecuentes y cuánto suelen durar?
4. ¿Existen efectos secundarios permanentes o a largo plazo?
5. ¿Hay efectos secundarios graves o potencialmente mortales?
6. ¿Qué síntomas debo comunicar inmediatamente y a quién debo dirigirme?
7. ¿Qué se puede hacer para evitar o aliviar los efectos secundarios del tratamiento?
8. ¿Qué puedo hacer para preservar mi función sexual?
9. ¿Algún efecto secundario disminuye o empeora con el tiempo?
10. ¿Interrumpiré el tratamiento o lo cambiaré si aparecen efectos secundarios graves?

Preguntas sobre los ensayos clínicos

1. ¿Existen opciones de ensayos clínicos para mí?
2. ¿Cómo averiguo sobre los ensayos clínicos en los que puedo participar?
3. ¿Cuáles son los tratamientos que se usan en el ensayo clínico?
4. ¿El tratamiento se usó para tratar otros tipos de cáncer?
5. ¿Cuáles son los riesgos y beneficios de este tratamiento?
6. ¿Qué efectos secundarios debo esperar y cómo se tratarán?
7. ¿Cuánto tiempo participaré en el ensayo clínico?
8. ¿Podré recibir otro tratamiento si este no funciona?
9. ¿Cómo sabrá si el tratamiento es eficaz?
10. ¿El ensayo clínico tendrá algún costo para mí?

Preguntas sobre la experiencia del equipo de atención médica

1. ¿Tiene certificación de especialidad? Si es así, ¿en qué área?
2. ¿Cuál es su experiencia y la de su equipo en el tratamiento del tipo de cáncer que tengo?
3. ¿Cuántos pacientes como yo (de mi misma edad, sexo, raza) ha tratado?
4. ¿Consultará con expertos sobre la atención que recibiré? ¿Con quién consultará?
5. ¿Este tratamiento (o procedimiento) es una parte importante de su ejercicio profesional? ¿Con qué frecuencia ha realizado este tratamiento (o procedimiento) en el último año?
6. ¿Cuántos de sus pacientes han sufrido complicaciones? ¿Cuáles fueron las complicaciones?

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Preguntas sobre el costo de la atención

1. ¿Pagaré mi seguro todas las pruebas que me recomiende?
2. ¿Cubrirá mi seguro los tratamientos que me recomiende? ¿Cuánto debo pagar por mi cuenta?
3. ¿Existe otro tratamiento que funcione igual de bien pero que cueste menos?
4. ¿Hay algún programa o subvención que pueda ayudarme a pagar el tratamiento o las pruebas?
5. ¿Requiere mi seguro una autorización previa antes de iniciar el tratamiento?
6. ¿Con quién puedo hablar sobre ayuda financiera u opciones de pago?

Notas

Recursos

American Bladder Cancer Society

bladdercancersupport.org

Bladder Cancer Advocacy Network

bcan.org

CancerCare

cancercares.org

Cancer Hope Network

cancerhopenetwork.org

Imerman Angels

imermanangels.org

National Cancer Institute

cancer.gov/types/bladder

National Coalition for Cancer Survivorship

canceradvocacy.org

Triage Cancer

triagecancer.org

United Ostomy Associations of America

ostomy.org



¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para
completar una encuesta
en línea sobre
NCCN Guidelines for Patients.

NCCN.org/patients/response



Palabras que debe conocer

bacilo de Calmette-Guérin (BCG)

Medicamento de inmunoterapia que se administra directamente en la vejiga para tratar el cáncer de vejiga.

biomarcador

Algo que se encuentra en su cuerpo que se puede medir para evaluar su salud. Suele identificarse mediante un análisis de sangre o de tejido tumoral.

biopsia

Procedimiento mediante el cual se toman muestras de fluidos o tejidos para analizarlas y detectar una enfermedad.

carcinoma *in situ* (CIS)

Un área plana de células cancerosas que no ha crecido más allá de donde empezó.

carcinoma urotelial

Cáncer que se origina en las células uroteliales que recubren el interior de las vías urinarias.

cistectomía

Procedimiento quirúrgico por el que se extirpa total o parcialmente la vejiga.

cistectomía radical

Procedimiento quirúrgico que consiste en extirpar la vejiga, los ganglios linfáticos cercanos y otros órganos de la pelvis.

cistoscopia

Procedimiento que permite al médico ver el interior de la vejiga mediante un instrumento especial que se introduce a través de la uretra. Suele realizarse en una sala de procedimientos en el consultorio del médico.

citología urinaria

Pruebas de laboratorio que se realiza en la orina para detectar células cancerosas o precancerosas.

conducto ileal

Tipo de derivación urinaria en la que se utiliza una parte de intestino delgado (íleon) como conducto para que la orina salga del cuerpo a través de un orificio (estoma) en el abdomen.

derivación urinaria

Tipo de cirugía para crear una nueva vía de salida de la orina después de una cistectomía radical.

estadio

Una clasificación de la extensión del cáncer en el cuerpo.

gammagrafía ósea

Estudio de diagnóstico por imágenes para detectar cáncer u otros problemas en los huesos.

grado del cáncer

Escala que indica la diferencia entre las células cancerosas y las células normales vistas con un microscopio. Se utiliza para predecir la rapidez con la que es probable que el cáncer crezca o se extienda.

hematuria

Presencia de sangre en la orina.

imagen por resonancia magnética (IRM)

Estudio de diagnóstico por imágenes que usa ondas sonoras e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo.

inmunoterapia

Tratamiento farmacológico que ayuda al sistema inmunitario del organismo a encontrar y destruir las células cancerosas.

metástasis

La propagación del cáncer desde el lugar donde comenzó a otra parte del cuerpo.

músculo-invasivo

Cáncer de vejiga que ha invadido la capa muscular de la pared de la vejiga.

mutación

Un cambio anormal en las instrucciones genéticas para generar y controlar las células.

neovejiga

Tipo de derivación urinaria en la que una parte de intestino delgado se usa para hacer un nuevo reservorio urinario. Este se conecta directamente a la uretra para que pueda orinar con más normalidad.

no músculo-invasivo

Cáncer de vejiga que no ha crecido en la capa muscular de la pared de la vejiga.

quimiorradiación

Tratamiento del cáncer con quimioterapia y radioterapia.

quimioterapia

Medicamentos contra el cáncer que detienen el ciclo vital celular para destruir las células cancerosas. La quimioterapia para el cáncer de vejiga puede administrarse como tratamiento sistémico o intravesical.

quimioterapia de dosis densa

Método para acelerar la quimioterapia reduciendo el tiempo entre tratamientos.

radioterapia

Tratamiento que utiliza rayos de alta energía (radiación) para destruir las células cancerosas.

radioterapia de haz externo (RTHE)

Tratamiento del cáncer en el que una máquina fuera del cuerpo envía radiación hacia las células cancerosas que se encuentran dentro del cuerpo.

recidiva

Reaparición del cáncer después de un período libre de la enfermedad.

resección

Procedimiento quirúrgico que consiste en extirpar la mayor cantidad posible de cáncer dejando el resto del tejido u órgano en su lugar.

resección transuretral del tumor de vejiga (RTUV)

Procedimiento quirúrgico para extirpar tumores de vejiga a través de la uretra sin necesidad de realizar incisiones en el abdomen.

reservorio urinario continente

Tipo de derivación urinaria en la que una porción del intestino grueso se utiliza como bolsa para contener la orina. Una sección del intestino delgado conecta la bolsa a un orificio (estoma) en la pared del abdomen. Se utiliza un catéter para drenar la orina del reservorio. También se denomina bolsa de Indiana.

tomografía computarizada (TC)

Estudio de diagnóstico por imágenes que usa rayos X desde varios ángulos para tomar imágenes de distintas zonas del interior del cuerpo.

tomografía por emisión de positrones (TEP)

Estudio que utiliza material radioactivo para ver la forma y la función de partes del cuerpo.

tratamiento complementario

Atención médica que alivia los síntomas causados por el cáncer o de su tratamiento.

tratamiento de consolidación

Terapia que se administra después del tratamiento inicial para eliminar todo el cáncer visible. El tratamiento de consolidación se utiliza para tratar las células cancerosas que hayan quedado después del tratamiento anterior.

tratamiento de mantenimiento

Tratamiento destinado a prolongar los resultados positivos después de obtener una buena respuesta al tratamiento, que suele administrarse antes de que ocurra la progresión.

tratamiento de primera línea

El primer tipo de tratamiento administrado para una afección o enfermedad. El tratamiento de primera línea es considerado como el mejor tratamiento.

tratamiento dirigido

Tratamiento del cáncer que puede seleccionar y atacar tipos específicos de células cancerosas.

tratamiento intravesical

Tratamiento en el que se utiliza una sonda para introducir medicamentos directamente en la vejiga.

tratamiento local

Tratamiento que se administra a un órgano o zona específicos del cuerpo. Algunos ejemplos son la cirugía y la radiación.

tratamiento sistémico

Tipo de tratamiento que actúa en todo el cuerpo.

tratamiento trimodal

Combinación de tres terapias (RTUV, quimioterapia y radioterapia) que se utiliza para preservar la vejiga en determinadas personas con cáncer de vejiga músculo-invasivo.

uréteres

Par de tubos que transportan la orina desde los riñones hasta la vejiga.

ureteroscopia

Procedimiento que permite al médico ver el interior de los riñones y los uréteres mediante un instrumento especial denominado ureteroscopio.

urografía

Método de diagnóstico por imágenes que crea imágenes detalladas de los riñones, los uréteres y la vejiga.

urotelio

Revestimiento interno elástico de la vejiga y otros órganos de las vías urinarias.

vigilancia

Pruebas continuas que se realizan después de terminar el tratamiento para vigilar la reaparición del cáncer.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para la detección del cáncer de vejiga, versión 4.2024. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Directora ejecutiva
de Operaciones de Información para Pacientes

John Murphy
Redactor médico sénior

Susan Kidney
Especialista ejecutiva en Diseño Gráfico

La Guía NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer de vejiga, versión 4.2024 fue elaborada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

* Dr. Thomas W. Flaig
University of Colorado Cancer Center

Dra. Jean Hoffman-Censits
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. Charles Peyton
O'Neal Comprehensive
Cancer Center, UAB

* Dr. Philippe E. Spiess, máster en
Ciencias
Moffitt Cancer Center

Dr. Hristos Kaimakliotis
Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center

Dra. Elizabeth R. Plimack, máster en
Ciencias
Fox Chase Cancer Center

Dr. Michael Abern
Duke Cancer Institute

Dr. Amar U. Kishan
UCLA Jonsson
Comprehensive Cancer Center

Dr. Mark A. Preston, máster en Salud
Pública
Dana-Farber/Brigham and
Women's Cancer Center

* Dr. Neeraj Agarwal
Huntsman Cancer Institute,
University of Utah

Dr. Shilajit Kundu
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of
Northwestern University

* Dr. Kyle Richards
University of Wisconsin
Carbone Cancer Center

* Rick Bangs, máster en Dirección de
Empresas
Defensor de pacientes

Dr. Subodh M. Lele
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dr. Wade J. Sexton
Moffitt Cancer Center

Dr. Mark K. Buyyounouski, máster en
Ciencias
Stanford Cancer Institute

Dr. Ronac Mamtani, máster en
Epidemiología Clínica
Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania

Dra. Arlene O. Siefker-Radtke
The University of Texas
MD Anderson Cancer Center

Dr. Kevin Chan
City of Hope National Medical Center

Dr. Omar Y. Mian, doctor en Medicina
Case Comprehensive Cancer Center/University
Hospitals Seidman Cancer Center y Cleveland
Clinic Taussig Cancer Institute

Dr. Tyler Stewart
UC San Diego Moores Cancer Center

Dr. Sam Chang, máster en Dirección de
Empresas
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dr. Jeff Michalski, máster en Dirección
de Empresas
Siteman Cancer Center,
Barnes-Jewish Hospital and
Washington University School of Medicine

Dr. Debasish Sundi
The Ohio State University Comprehensive
Cancer Center - James Cancer Hospital
and Solove Research Institute

Dr. Paul Chang
The UChicago Medicine
Comprehensive Cancer Center

Dr. Terence Friedlander
UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center

Dr. Jeffrey S. Montgomery, máster en
Administración de Servicios Sanitarios
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dr. Matthew Tollefson
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dr. Richard E. Greenberg
Fox Chase Cancer Center

Dra. Mamta Parikh, máster en Ciencias
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dr. Jonathan Tward, doctor en Medicina
Huntsman Cancer Institute,
University of Utah

Dr. Khurshid A. Guru
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dr. Anthony Patterson
St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee
Health Science Center

Dr. Jonathan L. Wright, máster en
Ciencias
Fred Hutchinson Cancer Center

Dr. Harry W. Herr
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

NCCN

Lisa Gurski, máster en Medicina
Carly J. Cassara, máster en Ciencias

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite [NCCN.org/disclosures](https://www.nccn.org/disclosures).

Centros oncológicos de NCCN

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania
+1 800.789.7366 • pennmedicine.org/cancer

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio
UH Seidman Cancer Center
+1 800.641.2422 • uhhospitals.org/services/cancer-services
CC Taussig Cancer Institute
+1 866.223.8100 • clevelandclinic.org/cancer
Case CCC
+1 216.844.8797 • case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Duarte, California
+1 800.826.4673 • cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center | Mass
General Cancer Center
Boston, Massachusetts
+1 617.732.5500 • dana-farberbrigham.org
+1 617.726.5130 • massgeneral.org/cancer-center

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte
+1 888.275.3853 • dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania
+1 888.369.2427 • foxchase.org

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
+1 402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington
+1 206.667.5000 • fredhutch.org

Huntsman Cancer Institute, University of Utah
Salt Lake City, Utah
+1 800.824.2073 • healthcare.utah.edu/huntsmancancerinstitute

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center
Indianápolis, Indiana
+1 888.600.4822 • www.cancer.iu.edu

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland
+1 410.955.8964
www.hopkinskimmelcancercenter.org

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
+1 480.301.8000 • Arizona
+1 904.953.0853 • Florida
+1 507.538.3270 • Minnesota
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
Nueva York, Nueva York
+1 800.525.2225 • mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
+1 888.663.3488 • moffitt.org

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB
Birmingham, Alabama
+1 800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center
of Northwestern University
Chicago, Illinois
+1 866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Búfalo, Nueva York
+1 877.275.7724 • roswellpark.org

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine
San Luis, Misuri
+1 800.600.3606 • siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee Health Science Center
Memphis, Tennessee
+1 866.278.5833 • stjude.org
+1 901.448.5500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
+1 877.668.7535 • cancer.stanford.edu

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and Solove Research Institute
Columbus, Ohio
+1 800.293.5066 • cancer.osu.edu

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois
+1 773.702.1000 • uchicagomedicine.org/cancer

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
+1 844.269.5922 • mdanderson.org

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California
+1 916.734.5959 • +1 800.770.9261
health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
+1 858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Angeles, California
+1 310.825.5268 • uclahealth.org/cancer

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
+1 800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
+1 720.848.0300 • coloradocancercenter.org

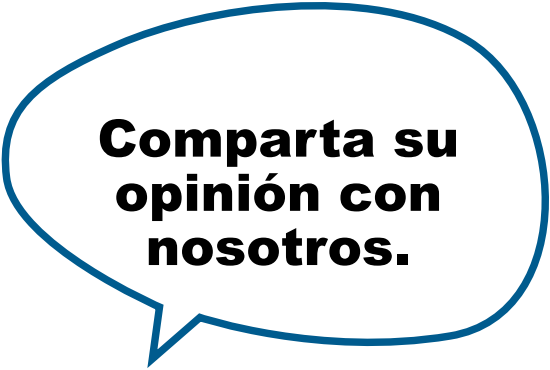
University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
+1 800.865.1125 • rogelcancercenter.org

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
+1 608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas
+1 214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
+1 877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
+1 855.4.SMILOW • yalecancercenter.org



**Comparta su
opinión con
nosotros.**

Complete nuestra encuesta y
contribuya para que
NCCN Guidelines for Patients sea
mejor para todos.

NCCN.org/patients/comments

Índice

bacilo de Calmette-Guérin (BCG) 33-34, 44-45, 58

biopsia 8, 15-17, 19, 30, 44, 48, 64, 68

carcinoma *in situ* (CIS) 25, 43, 54

cisplatino 35, 52-53, 55, 56-57, 60, 68-69, 71-72

cistectomía 30-31, 37, 44-45, 48, 51, 52-54, 55, 58, 59, 61, 64, 70

cistectomía radical 30-31, 37, 44-45, 48, 51-53, 54-55, 58, 59, 61, 64

cistoscopia 8, 15-17, 19, 45, 46-47, 48, 59, 61, 63, 70

citología urinaria 8, 15, 45, 47-48, 62, 63, 70

derivación urinaria 31, 32, 39, 52, 53, 62

efectos secundarios 9, 10, 14, 17, 21, 31, 33-34, 35, 36, 37, 39-40, 57, 59, 68, 69, 71, 75

ensayo clínico 9, 10, 29, 34, 37-38, 49, 61, 65, 67, 69-70, 73

estadificación 23-25

estudios genéticos 20, 70, 71

exploración por TC 17-20, 46, 47, 52, 62, 63, 68, 70

exploración por TEP/TC 18, 70

grado del cáncer 23, 26, 44

hematuria (sangre en orina) 6, 15, 19, 30, 34, 39

inmunoterapia 14, 29, 35-36, 39, 53-54, 56-57, 59, 61, 64, 68-69, 70

IRM 17, 18-19, 46, 47, 52, 62, 63, 68, 70

metástasis 9, 10, 17, 24, 25, 35, 41, 55, 56, 58, 59, 61, 67-73

mutación 6, 34, 56, 67

planificación anticipada de la atención 77-79

progresión 35, 43, 44, 45, 48-49, 65, 68, 70, 73, 77

quimiorradiación 36-37, 51, 54, 56, 58-59, 61, 64

quimioterapia 29, 34, 35, 36, 39, 52, 54, 55, 56-58, 59-60, 64, 68-69, 71-72

radioterapia 9, 14, 29, 36-37, 39, 53-54, 55, 58, 59, 61, 64, 69

recidiva 33, 34, 44, 45, 47, 48-49, 58, 61, 62, 63-65

resección transuretral del tumor de vejiga (RTUV) 29-30, 33, 34, 36, 44, 48, 54-55, 59, 61, 64

segunda opinión 79, 81

subtipo 26, 45

tabaquismo 8, 20-21

tratamiento complementario 39, 45, 55, 71, 73, 75-76

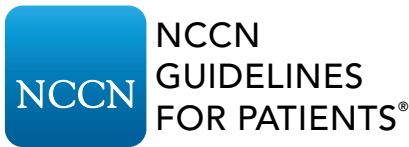
tratamiento dirigido 9, 29, 36, 56-57, 59, 64, 68-69, 71

tratamiento intravesical 14, 29, 30, 33-34, 35, 39, 44-45, 58, 64

ureteroscopia 17, 46, 48

urografía 19, 46-47, 62, 63, 70





Cáncer de vejiga

2024

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

NCCNFoundation.org/Donate

La traducción de esta NCCN Guidelines for Patients fue posible gracias al respaldo de Bristol Myers Squibb; Janssen Biotech, Inc.; y Pfizer Inc.



National Comprehensive
Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300

NCCN.org/patients - Para pacientes | NCCN.org - Para médicos

PAT-N-1814-0125