By María J. Ribal, @MaríaJRibal
Head of Uro-Oncology Unit Hospital Clínic, Barcelona, Spain

Urology CHEAT SHEETS

CANCER DE VEJIGA, BASICOS

EPIDEMIOLOGÍA

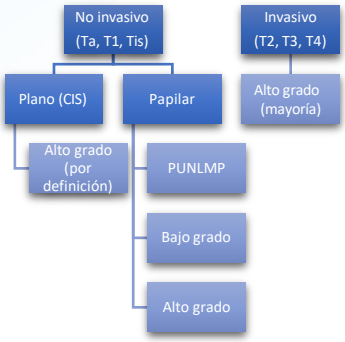
El tumor **más común** del tracto urinario
Más frecuentes en **hombres** y **caucásicos**
4º en incidencia y **8º en mortalidad** en americanos
Incidencia máxima **mayores de 55 años**

CLASIFICACIÓN OMS 2016

- **Tumores uroteliales (90%)**
- Neoplasia células escamosas
- Neoplasia glandular (ej. adenocarcinoma)
- Tumores neuroendocrinos (ej. carcinoma de células pequeñas)
- Otros: carcinoma uraco, tumores de tipo mulleriano, melanócíticos, mesenquimales, hematopoyéticos, linfoides, otros

>75% de los tumores son superficiales al diagnóstico

CIS con frecuencia es multifocal y tiende a volverse invasivo



GRADOS Y ESTADIAJE

El grado y estadio son los factores pronósticos más importantes: **alto grado y músculo invasivos** tienen el **peor pronóstico**!

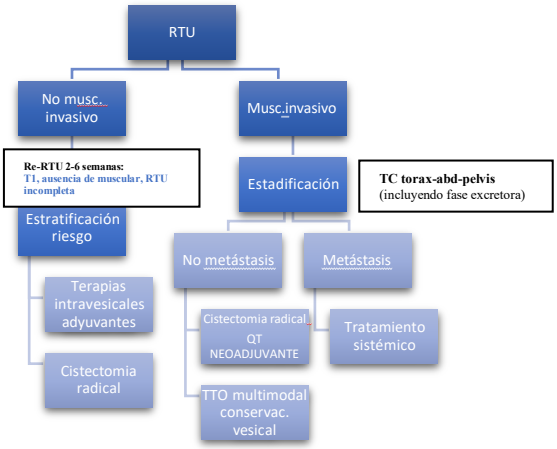
PRESENTACIÓN CLÍNICA

HEMATURIA MACROSCÓPICA es el signo más frecuente
STUI DE LLENADO sugieren CIS
OBSTRUCCIÓN URINARIA y **DOLOR PÉLVICO** pueden aparecer en casos avanzados
Los tumores pueden ser **ASINTOMÁTICOS** y diagnosticarse casualmente con ecografía

DIAGNÓSTICO

PRUEBAS DE IMAGEN Y DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO	
ECOGRAFÍA	Prueba diagnóstica básica e inicial en caso de hematuria. No detecta CIS.
CISTOSCOPIA	Necesaria para el diagnóstico. No reemplazable por ninguna otra prueba no invasiva. La cistoscopia flexible preferible para hombres si disponible. Se recomienda una descripción completa y el uso de un diagrama vesical. El CIS puede presentarse como un área rojiza/aterciopelada indistinguible de lesiones inflamatorias, o puede no ser visible en absoluto!
CITOLOGÍA URINARIA	Es útil para detectar tumores de alto grado (CIS). Alta sensibilidad en tumores de alto grado (84%), pero baja sensibilidad en tumores de bajo grado (16%). La especificidad supera el 90%. Tres muestras consecutivas pueden aumentar la sensibilidad. Sistema de París. La primera orina de la mañana no es adecuada por aumento de la citolisis
URO- TC	En casos seleccionados (tumores ubicados en el trígono, múltiples o de alto riesgo)

TRATAMIENTO



SEGUIMIENTO

Debido al riesgo de recurrencia y progresión, los tumores no músculo invasivos tienen que ser seguidos tras la RTU:
Duración: 5 años (bajo riesgo) o de por vida (riesgo intermedio a alto)
La primera cistoscopia a los 3 meses es un indicador de pronóstico importante

- Bajo riesgo: **cistoscopia** (a los 3 meses de la RTU, 9 meses desde la cistoscopia anterior, anual hasta cinco años)
- Riesgo intermedio: **individualizado**
- Alto riesgo: **cistoscopia + citología urinaria** (cada 3 meses durante 2 años, cada 6 meses hasta cinco años, luego anual) **+URO-TC** (anual)

FACTORES DE RIESGO	
TABACO	Factor de riesgo mejor establecido (50-65% casos hombres y 20-30% mujeres) Incidencia directamente relacionada con duración hábito y el número de cigarrillos/día Disminución del riesgo tras del abandono (40% en 1-4 años, 60% tras 25 años)
AMINAS AROMÁTICAS	Exposición ocupacional (tintes, caucho, textiles, pinturas, cuero, productos químicos) Riesgo significativamente mayor tras 10 años o más de exposición El período de latencia media suele superar los 30 años
SCHISTOSOMA HAEMATOBIUM	Segunda infección parasitaria más común tras el paludismo Endémica en algunas regiones (Egipto). Relacionada con el carcinoma de células escamosas
OTROS	Factores hereditarios, ciclofosfamida, pioglitazona, radioterapia

TNM 2017	
Tx	El tumor primario no se puede evaluar
T0	No hay evidencia de tumor
Ta	Carcinoma papilar no invasivo
Tis	Carcinoma in situ (CIS)
T1	El tumor invade el tejido conectivo subepitelial
T2	**T2a** - El tumor invade la muscular superficial (mitad interna) **T2b** - El tumor invade la muscular profunda (mitad externa)
T3	**T3a** – Invasión microscópica de tejido perivesical **T3b** – Invasión macroscópica tejido perivesical
T4	**T4a** - El tumor invade estroma prostático, vesículas seminales útero o vagina **T4b** - El tumor invade la pared pélvica o la pared abdominal
Nx	Los ganglios linfáticos regionales no se pueden evaluar
N0	Sin metástasis en los ganglios linfáticos regionales
N1	Metástasis en un solo ganglio linfático en la pelvis verdadera (hipogástrico, obturador, ilíaco externo o presacros)
N2	Metástasis múltiples ganglios linfáticos regionales en pelvis verdadera (hipogástrico, obturador, ilíaco externo, presacros)
N3	Metastasis en ganglios linfáticos ilíacos comunes
M0	Sin metástasis distante
M1	**M1a** -Ganglios linfáticos no regionales **M1b** -Otras metástasis a distancia (pulmón, hígado, hueso)

BIOPSIAS DURANTE LA CISTOSCOPIA

-Mucosa de aspecto anormal
-Mucosa de aspecto normal en casos seleccionados (citología positiva, antecedentes de tumores de AG, tumores con apariencia no papilar). En estos casos, se deben realizar **biopsias sistematizadas** (trígono, cúpula, pared vesical derecha, izquierda, anterior y posterior). Si disponible, realizar **biopsias guiadas por fluorescencia**.
-Uretra prostática en casos seleccionados (CIS presente o se sospecha, citología positiva sin evidencia de tumor en la vejiga, anomalías visibles en la uretra prostática). Se debe utilizar el **asa de resección**.

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO
BAJO: primario, único, Ta, PUNLMP, bajo grado, < 3 cm
INTERMEDIO: no bajo, no alto riesgo
ALTO: T1, alto grado, CIS, múltiples y grandes >3cm
MUY ALTO RIESGO: T1AG+CIS vesical, T1AG+CIS u.prostática, T1AG múltiples y/o grandes y/o recurrentes, algunas variantes histológicas, invasión linfovascular

TRATAMIENTO ADYUVANTE INTRAVESICAL	Indicado para tumores no músculo invasivos para reducir la tasa de recurrencia (TR) Una única instilación de mitomicina C reduce la TR en pacientes de bajo riesgo Instilaciones repetidas de mitomicina C reducen la TR en pacientes de riesgo intermedio Las instilaciones de BCG reducen la TR en pacientes de riesgo intermedio y alto El mantenimiento de tres años es más eficaz que el de un año para reducir la TR en pacientes con t alto riesgo, pero no con riesgo intermedio
CISTECTOMÍA RADICAL	Indicado para tumores T2-T4a N0M0. No aplazar más de 3 meses. Extirpación de vejiga, GL regionales, próstata y vesículas seminales en hombre y ovarios, útero y la parte anterior de la vagina en la mujer. Derivaciones urinarias continentes o no (el tipo de derivación no afecta los resultados oncológicos). CISTECTOMÍA RADICAL: tto Gold standard. Debe realizarse sólo en centros de gran volumen (al menos 10, preferiblemente > 20 cistectomías radicales al año) TERAPIA NEOADYUVANTE COMBINADA BASADA EN CISPLATINO PARA TUMORES T2-T4A, CN0M0. TERAPIA ADYUVANTE COMBINADA BASADA EN CISPLATINO PARA PACIENTES CON PT3/4 Y/O PN+ SI NO SE ADMINISTRÓ TRATAMIENTO NEOADYUVANTE. Propósito paliativo para pacientes con tumores T4b. Indicado para TUMORES NO MÚSCULO INVASIVOS EN CASOS SELECCIONADOS (refractarios a BCG / no respondedores/ recurrentes, tumores de muy alto riesgo)
TERAPIA MULTIMODAL DE CONSERVACION VESICAL	Alternativa para pacientes con tumor T2N0M0 no aptos para cistectomía. En una población altamente seleccionada, las tasas de supervivencia a largo plazo del tratamiento multimodalidad son comparables a las de la cistectomía temprana. RTU + RADIOTERAPIA + QUIMIOTERAPIA
TERAPIA SISTÉMICA	- TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA PARA PACIENTES APTOS PARA CISPLATINO Usar QT que contenga cisplatino, combinada con GC, MVAC, preferiblemente con G-CSF, HD-MVAC con G-CSF o PCG. No ofrecer quimioterapia combinada con carboplatino o combinaciones sin platino. - TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN PACIENTES NO APTOS PARA CISPLATINO Ofrecer pembrolizumab o atezolizumab a pacientes con receptores PD-L1 positivo. Ofrecer quimioterapia combinada de carboplatino si la PD-L1 es negativa. -TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA Ofrecer pembrolizumab a los pacientes que progresan durante o después de la quimioterapia combinada basada en platino por enfermedad metastásica. Alternativamente, ofrecer tratamiento dentro de un ensayo clínico.