National Comprehensive Cancer Network®

2026

NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Cáncer de vejiga



Gracias al apoyo de National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Disponible en Internet en NCCN.org/patientguidelines

NCCN Guidelines for Patients®

La guía esencial para las personas que se enfrentan al cáncer.

Basada en las recomendaciones para la atención de destacados expertos en oncología.

Explica la atención oncológica de alta calidad que se brinda en centros oncológicos de vanguardia.

Revisada y corregida todos los años.

¿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®).

Como la atención oncológica está en constante evolución, NCCN elabora y actualiza con frecuencia recomendaciones basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones se conocen como NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®).

En NCCN Guidelines for Patients, se explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos, para que pueda hablar con su equipo de atención médica sobre la mejor atención para usted.

NCCN Guidelines for Patients se basa en las NCCN Guidelines® para el cáncer de vejiga, versión 2.2026, 22 de junio de 2026.

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en Internet: NCCN.org/patientguidelines

Buscar un centro oncológico de NCCN cerca de usted: NCCN.org/cancercenters

Conocer cómo se preparan las NCCN Guidelines for Patients: NCCN.org/patient-guidelines-process

Comuníquese con nosotros


@NCCNorg


@NCCNVideo


NCCN


@NCCNorg

Quiénes nos apoyan

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Transformamos la atención oncológica compleja en un acompañamiento confiable y financiamos a la próxima generación de investigadores que darán forma a la atención del mañana.

NCCN Foundation agradece profundamente a las siguientes empresas colaboradoras por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients: AstraZeneca

NCCN adapta, actualiza y aloja de forma independiente las 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.



El camino hacia el futuro comienza aquí.

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Donar ahora

Contenido

4 Capítulo 1
Acerca del cáncer de vejiga

8 Capítulo 2
Pruebas para detectar el cáncer de vejiga

18 Capítulo 3
Estadificación y clasificación del cáncer de vejiga

24 Capítulo 4
Tipos de tratamiento

40 Capítulo 5
Tratamiento del cáncer de vejiga no músculo-invasivo

49 Capítulo 6
Tratamiento del cáncer de vejiga músculo-invasivo

65 Capítulo 7
Tratamiento del cáncer de vejiga metastásico

73 Capítulo 8
Tratamiento complementario y otra asistencia

79 Capítulo 9
Otros recursos

83 Palabras que debe conocer

85 Colaboradores de NCCN

86 Centros oncológicos de NCCN

88 Índice

©2026 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 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.

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

1

Acerca del cáncer de vejiga

5 ¿Qué es el cáncer de vejiga?

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

7 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

El cáncer puede provocar ansiedad y preocupación. Esta guía le permitirá 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.

¿Qué es el cáncer de vejiga?

El cáncer de vejiga es una enfermedad en la que las células del revestimiento interno de la vejiga se multiplican y crecen de manera descontrolada. Es uno de los tipos de cáncer más frecuentes en adultos.

El cáncer es el resultado de un mal funcionamiento en el proceso natural de las células, lo que hace que algunas de ellas se vuelvan anormales. Estas células anormales son células cancerosas.

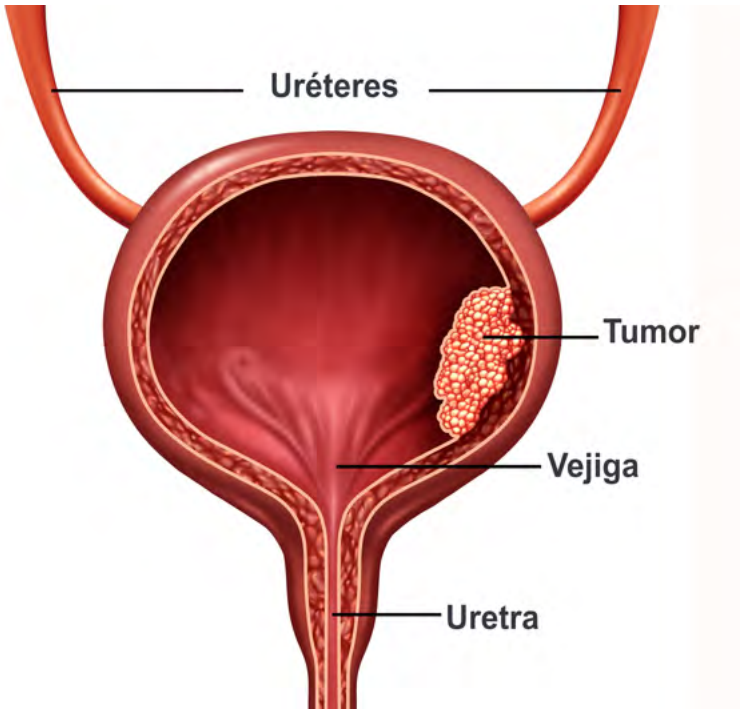
Las células cancerosas no se comportan como las células normales. Presentan cambios que les permiten multiplicarse rápidamente y producir muchas más células cancerosas. Las células cancerosas desplazan y superan en número a las células normales.

Las células cancerosas también sobreviven mucho más tiempo que 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. Esta extensión se denomina metástasis o cáncer metastásico.

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.



¿Dónde se origina el cáncer de vejiga?

El cáncer de vejiga suele originarse en las células del revestimiento interno flexible de la vejiga, denominado urotelio. Este revestimiento impide que la orina se filtre al organismo.

La principal función de la vejiga es almacenar la orina. Es un órgano hueco, parecido a un globo, situado en la pelvis, la zona entre los huesos de la cadera, en la parte inferior del abdomen.

¿En qué estadio se encuentra el 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 4 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.
- El **cáncer de vejiga localmente avanzado** se extiende hasta el exterior de la vejiga. También alcanza los ganglios linfáticos cercanos o los órganos de la pelvis, pero no se extiende a órganos o ganglios linfáticos alejados de la vejiga. (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 del tracto urinario y por todo el cuerpo).
- 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 fuera de la pelvis, los huesos, los pulmones, el hígado y la pared interna del abdomen.

El tratamiento es diferente para cada una de estas 4 fases del cáncer de vejiga. Las fases se dividen a su vez en estadios, que se explican en el *Capítulo 3: Estadificación y clasificación del cáncer de vejiga*.

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

No existe un único tratamiento para el cáncer de vejiga que sea el mejor para todo el mundo. La elección del tratamiento 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, se utiliza en muchos estadios del cáncer de vejiga. En el caso del cáncer menos avanzado, se realiza una intervención quirúrgica para extirpar solo el tumor y, en el caso del cáncer más avanzado, se puede extirpar 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. Puede encontrar más información sobre sus opciones de tratamiento en el *Capítulo 4: Tipos de tratamiento*.

El tratamiento de los efectos secundarios causados por el tratamiento del cáncer se denomina tratamiento complementario. Consulte el *Capítulo 8: Tratamiento complementario y otra asistencia*.

¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Luche por usted. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su cuidado. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando participan activamente en la planificación de su atención oncológica.

Las NCCN Guidelines for Patients le permitirán desempeñar un papel más importante en su atención. Hable sobre las recomendaciones de esta guía con su equipo de atención médica. Pregunte sobre sus opciones y comparta sus objetivos e inquietudes.

¿No sabe qué preguntar? No se olvide de que cuenta con apoyo. Es por eso que incluimos sugerencias de preguntas al final de cada capítulo.

Siga leyendo para encontrar la mejor atención posible.

Cómo puede ayudarle esta guía

Tomar decisiones sobre la atención oncológica es estresante. Tiene mucho por aprender y no sabe lo que le depara el futuro.

Utilice esta guía para obtener la información y el apoyo que necesita.

Los pacientes, los médicos y otros profesionales de la salud confían en las NCCN Guidelines for Patients. Esta guía utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre el tratamiento del cáncer formuladas por expertos respetados en la materia. Las recomendaciones se basan en las investigaciones y las prácticas más recientes de los mejores centros oncológicos.

Su salud es única, por lo que su atención oncológica también debería serlo. A medida que lea esta guía, aprenderá sobre qué tratamientos tienen más probabilidades de ofrecer los mejores resultados para su caso. Así, tendrá más preparación para hablar con su equipo de atención médica.

“Recuerde que la experiencia de cada persona es diferente. Su respuesta fisiológica, mental, emocional y espiritual es única”.

2

Pruebas para detectar el cáncer de vejiga

10 Pruebas médicas generales

10 Análisis de sangre y orina

12 Cistoscopía y biopsia

14 Estudios de diagnóstico por imágenes

15 Extirpación y análisis del tumor

16 Estudios genéticos para el riesgo de cáncer

17 Dejar de fumar

17 Puntos clave

17 Preguntas para hacer

2 Pruebas para detectar el cáncer de vejiga

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. Un diagnóstico significa detectar una enfermedad mediante el uso de pruebas. 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. No todas las personas necesitarán todas estas pruebas. Consulte la **Guía 1**.

Es posible que algunas de las personas que lean esta guía 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 (cistoscopía y estudios de diagnóstico por imágenes).
- Analizar la orina (análisis de orina y citología).
- Examinar una muestra de tejido vesical que se haya extirpado quirúrgicamente (resección y biopsia).

Guía 1
Pruebas y procedimientos para el cáncer de vejiga

Pruebas de diagnóstico	**Pruebas médicas generales** Antecedentes médicos Antecedentes familiares Examen físico
	Análisis de sangre y orina • Hemograma completo (HC) • Perfil metabólico completo (PMC) • Análisis de orina para detectar biomarcadores
	Cistoscopía
	Estudios de diagnóstico por imágenes de la vejiga • RM
	Resección transuretral del tumor vesical (RTUV)
Otras pruebas si es necesario	**Análisis de orina** • Citología urinaria
	Otros estudios de diagnóstico por imágenes • TC • TEP/TC
	Biopsia
	Estudios genéticos para el riesgo de cáncer

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.

Algunos tipos de cáncer, como otras enfermedades, son hereditarios. Su equipo de atención médica 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.

“Mi oncólogo me dijo que también era terapeuta. No hay ninguna inquietud que sea demasiado trivial o tonta como para que no la responda. Su trabajo es mucho más fácil si sabe cómo se siente y qué es lo que siente el paciente”.

Análisis de sangre y orina

Los análisis de sangre comprueban si hay signos de la enfermedad y el funcionamiento de los órganos. Para el análisis de sangre, se requiere extraer una muestra de su sangre. 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 profesional de atención médica averiguará si tiene suficientes glóbulos rojos para llevar oxígeno al cuerpo, glóbulos blancos para combatir infecciones y plaquetas para controlar sangrados. El recuento de glóbulos blancos puede ser elevado si tiene una infección o inflamación relacionada con la vejiga.

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. Por ejemplo, el cáncer de vejiga y los tratamientos contra el cáncer pueden afectar la función renal y el flujo de orina.

Estas son algunas pruebas importantes de un PMC:

- La **prueba de la función hepática** analiza las enzimas producidas por el hígado. Los niveles elevados pueden ser un signo de daño hepático y podrían afectar al tratamiento que reciba.
- La **prueba de la función renal** mide los productos de desecho, como la creatinina y el nitrógeno ureico en sangre, para comprobar si los riñones funcionan con normalidad.

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: debe orinar en un pequeño recipiente de plástico. O bien, su urólogo puede recolectar una muestra de su orina durante una cistoscopía. 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) buscará células anormales en la muestra de orina.

Si se encuentran células anormales, significa que el cáncer puede encontrarse en cualquier parte del tracto urinario. Necesitará realizarse una cistoscopía 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 y otras zonas.

Análisis de orina para detectar marcadores tumorales

Los tumores desprenden células cancerosas que pueden llegar a la orina. Actualmente, existen análisis de orina que permiten identificar algunas de estas células tumorales específicas. Los científicos los denominan biomarcadores urinarios.

Las pruebas de biomarcadores pueden proporcionar algunas pistas útiles cuando se sospecha un cáncer de vejiga. Sin embargo, en la actualidad, estas pruebas aún no son lo bastante fiables como para diagnosticar el cáncer por sí solas.

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.

Si tiene síntomas, informe a su profesional de atención médica

El cáncer de vejiga suele detectarse cuando una persona presenta síntomas. 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. 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 mediante la observación de una muestra de orina con un microscopio.

La sangre en la orina puede deberse a muchas otras causas además del cáncer de vejiga. Por ello, toda persona que presente este síntoma debe acudir a un profesional de atención médica para que le hagan las pruebas necesarias.

Estos 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 muchos o todos estos síntomas. Algunas personas no presentan síntomas.

Cistoscopía y biopsia

La cistoscopía 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 instrumento tubular con una cámara y una luz en el extremo que se introduce en la uretra y llega hasta la vejiga.

La cistoscopía puede realizarse en el consultorio del urólogo, en un hospital o en una clínica. El procedimiento solo dura unos minutos, no requiere anestesia general y, habitualmente, el paciente puede volver a casa con síntomas mínimos y sin tubo de drenaje.

Durante una cistoscopía

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 punta de 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. Luego, el urólogo desplazará con cuidado el cistoscopio a través de la uretra hasta la vejiga.

Si alguna zona le resulta sospechosa, el urólogo puede utilizar una pequeña herramienta del cistoscopio con el fin de 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 cistoscopía. Sin embargo, si se encuentra un tumor, será necesario extirparlo en un quirófano de una clínica u hospital.

¿Es mejor la cistoscopía con luz azul?

La cistoscopía 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 cistoscopía con luz azul permite identificar algunos 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 cistoscopía, pero no requiere un medio de contraste como sí lo necesita la luz azul.

La cistoscopía con luz azul y las imágenes de banda estrecha pueden detectar ciertos tumores mejor que la luz blanca estándar. Sin embargo, estas técnicas aún son relativamente nuevas. Investigaciones adicionales pueden demostrar si podrían reemplazar la luz blanca como método de detección estándar o utilizarse en lugar de la luz blanca o junto con ella en ciertos casos.

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

Después de una cistoscopía

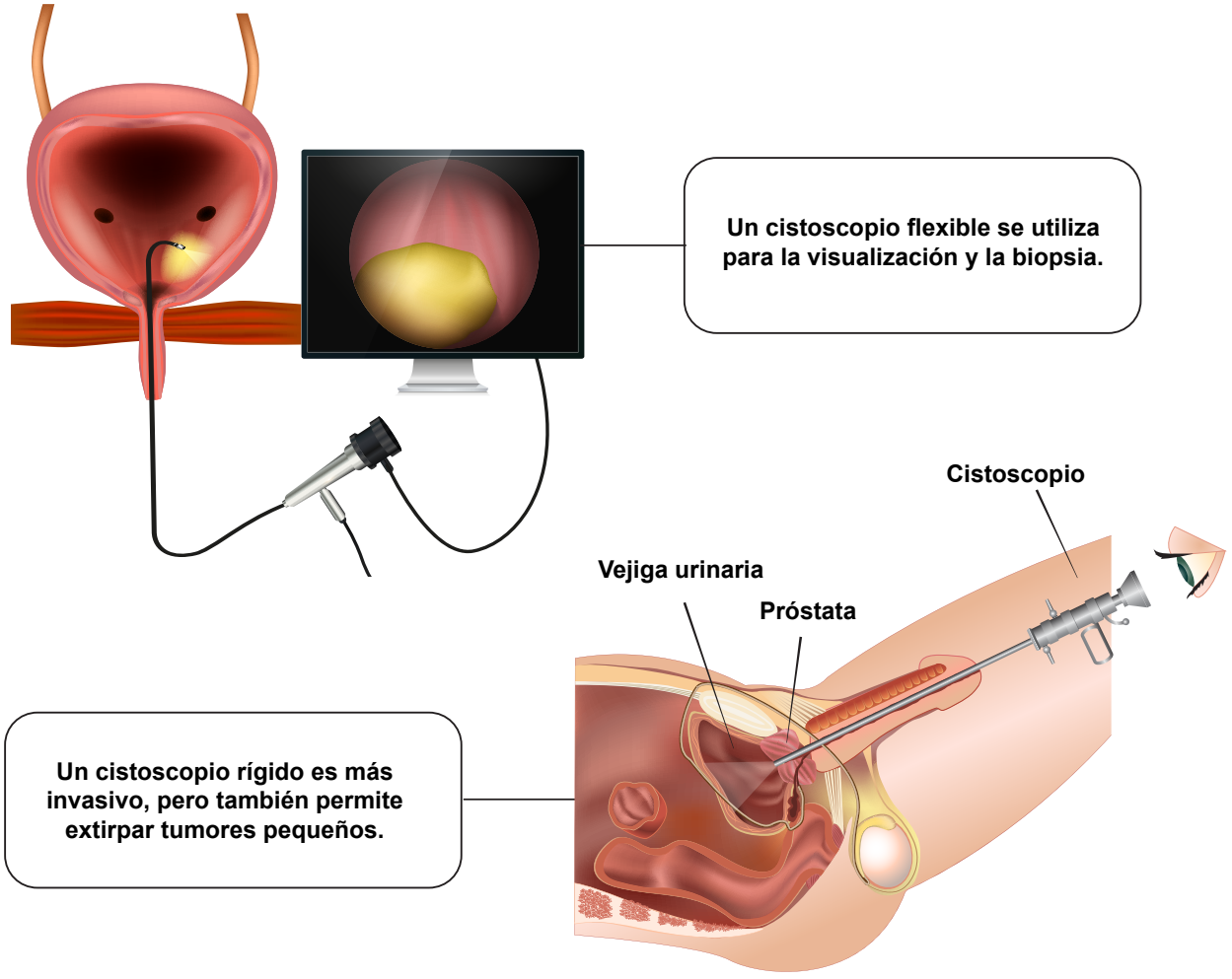
Después del procedimiento, es posible que experimente uno o más de los siguientes efectos secundarios:

- Sangrado de la uretra, que puede aparecer de color rosa brillante en la orina o, en ocasiones, como coágulos de sangre en el papel higiénico.
- Sensación de quemazón al orinar.
- Micción frecuente durante uno o dos días.

Si se ha tomado una muestra de tejido para una biopsia, esta se enviará a un anatomopatólogo para su análisis en un laboratorio.
El anatomopatólogo buscará células cancerosas y determinará hasta dónde ha invadido el cáncer la vejiga.

Cistoscopía

La cistoscopía 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). Hoy en día, el cistoscopio flexible se utiliza con más frecuencia que el rígido.



Estudios de diagnóstico por imágenes

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

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 resonancia magnética (RM) y la ecografía.

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.

El tomógrafo es una máquina grande que tiene un túnel redondo en el centro. Durante la prueba, se acostará boca arriba sobre una camilla que se desliza lentamente hacia dentro de un túnel en el equipo. Es posible que se utilicen almohadas o correas para que no se mueva durante la prueba.

Con el objetivo de 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 de la parte baja del abdomen ubicada entre los huesos de la cadera. Contiene los órganos reproductores, así como la vejiga y el recto.

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 TEP.

Cuando la TEP se combina con una TC, este procedimiento se conoce como 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.

RM

La RM usa ondas de radio e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo. Se utiliza para obtener una imagen más detallada del cáncer dentro de la vejiga o el tracto urinario. 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 RM, se usa una máquina grande con un túnel redondo en el centro. A diferencia de la TC, la RM no utiliza radiación (rayos X). Una RM también hace mucho más ruido y tarda más que una TC.

Informe a su equipo si los espacios pequeños le producen nerviosismo. Es posible que le administren un sedante (medicamento) para relajarse. Tendrá que permanecer lo más inmóvil que pueda durante el estudio. Es posible que le coloquen almohadas o almohadones para que no se mueva.

Como la RM 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 estudios de diagnóstico por imágenes

La TC y la RM se utilizan habitualmente para determinar la extensión del cáncer de vejiga. A veces, se utilizan otros tipos de estudios de diagnóstico por imágenes para buscar cáncer en las demás partes del tracto urinario o del cuerpo.

La **urografía** utiliza una solución de contraste y la TC o la RM para ver el funcionamiento de todo el tracto urinario y si hay tumores en el tracto urinario superior. 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 cistoscopía. Se le administrará anestesia para este procedimiento. Durante la cistoscopía, el contraste se administra por vía intravenosa (inyección en una vena) o se inyecta directamente en los uréteres.

El **estudio de 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.

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

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 si tiene alguna duda.

Extirpación y análisis del tumor

Después de localizar el tumor mediante los estudios de diagnóstico por imágenes, puede que le realicen un procedimiento que cumple una doble función:

- Extirpar una parte o la totalidad del tumor de la **vejiga**.
- Evaluar el tumor para determinar en qué estadio se encuentra. (La estadificación se describe en detalle en el próximo capítulo).

Estudios de 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.



Es importante destacar que este procedimiento no implica realizar una incisión en el abdomen ni extirpar quirúrgicamente la vejiga. En cambio, el tumor se extrae (reseca) a través de la uretra. Luego, se analiza para ofrecer un diagnóstico.

Este procedimiento se llama **r**esección **t**rans**u**retral de **t**umor **v**esical (RTUV). Se le administrará anestesia general para el procedimiento, por lo que dormirá y no sentirá dolor ni molestias.

El procedimiento de RTUV en sí se explica en el *Capítulo 4: Tipos de tratamiento*.

En cuanto a la prueba, estos son los puntos importantes que debe saber:

- Mediante la RTUV, se puede confirmar el diagnóstico de cáncer.
- La RTUV puede determinar si el tumor ha invadido o no la capa muscular de la vejiga.

Examen bajo anestesia

Mientras está bajo los efectos de la anestesia al someterse a una RTUV, suele realizarse, al mismo tiempo, otra prueba denominada examen bajo anestesia.

El objetivo de este examen es detectar tumores en el **exterior** de la vejiga. Si se encuentra algún tumor, este examen puede proporcionar información sobre el tamaño y la localización del tumor, y si se ha extendido a la capa muscular de la vejiga.

Esta información se suma a cualquier otra prueba recopilada para determinar el estadio del tumor. Si la vejiga está unida a un órgano contiguo, eso podría aumentar el estadio y los riesgos.

El urólogo u otro profesional de atención médica le pondrá una mano en el abdomen y, con la otra, le introducirá un dedo enguantado en el recto o la vagina. De este modo, el urólogo podrá palpar físicamente la superficie de la vejiga con ambas manos. Otros miembros del equipo quirúrgico estarán allí para ayudar.

Podrá realizarse o no este examen dependiendo de si el cáncer ha llegado a la superficie externa de la vejiga (músculo-invasivo) o de si su profesional de atención médica considera que es necesario.

Estudios genéticos para el riesgo de cáncer

A veces, los cambios (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, su médico puede indicarle la realización de estudios genéticos para detectar si tiene riesgo hereditario de padecer cáncer. Este tipo de estudios genéticos detecta mutaciones que ocurren en cada célula del cuerpo.

Los estudios genéticos de mutaciones hereditarias 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.

Las mutaciones hereditarias no son una causa frecuente de cáncer de vejiga. Sin embargo, 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 brindarle ayuda para decidir si desea someterse a un estudio genético.

Si tiene un riesgo hereditario, como el síndrome de Lynch, podría requerir la realización de pruebas adicionales o un tratamiento especializado.

El estudio se realiza a partir de una muestra de sangre, saliva, orina o tejido tumoral. El asesor genético también le brindará ayuda para interpretar los resultados de estas pruebas.

Dejar de fumar

El tabaquismo aumenta el riesgo de padecer cáncer de vejiga. Cuanto más fume, mayor será el riesgo. Fumar también interfiere en el tratamiento del cáncer y en la cirugía, haciéndolos menos eficaces y más arriesgados. Dejar de fumar no es fácil, pero puede reducir el riesgo de padecer otros tipos de cáncer o enfermedades graves.

Puntos clave

- Un diagnóstico significa detectar una enfermedad mediante el uso de pruebas.
- Los análisis de sangre y orina pueden revelar si algo no funciona bien en el organismo. Esto puede ser un indicio de que tiene una enfermedad grave, como el cáncer.
- La cistoscopía 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.
- Las personas que fuman tienen muchas más probabilidades de morir de cáncer de vejiga que aquellas que no fuman.

Preguntas para hacer

- ¿Dónde tengo que ir para hacerme las pruebas y cuánto tardaré?
- ¿Con qué frecuencia se equivocan estas pruebas?
- ¿Cuándo sabré los resultados y quién me los explicará?
- ¿Cómo puedo obtener una copia del informe anatomopatológico y de los resultados de los otros estudios?
- ¿Quién hablará conmigo sobre los pasos que debo seguir?

3

Estadificación y clasificación del cáncer de vejiga

19 ¿Hasta dónde y a qué velocidad?

20 Estadio

22 Grado

22 Subtipos

23 Puntos clave

23 Preguntas para hacer

El estadio y el grado del cáncer representan qué tanto se ha extendido 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?

Se ha sometido a 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. 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: 0 significa que no ha crecido dentro de la pared de la vejiga y 4 significa que ha crecido a través de la pared de la vejiga y 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).

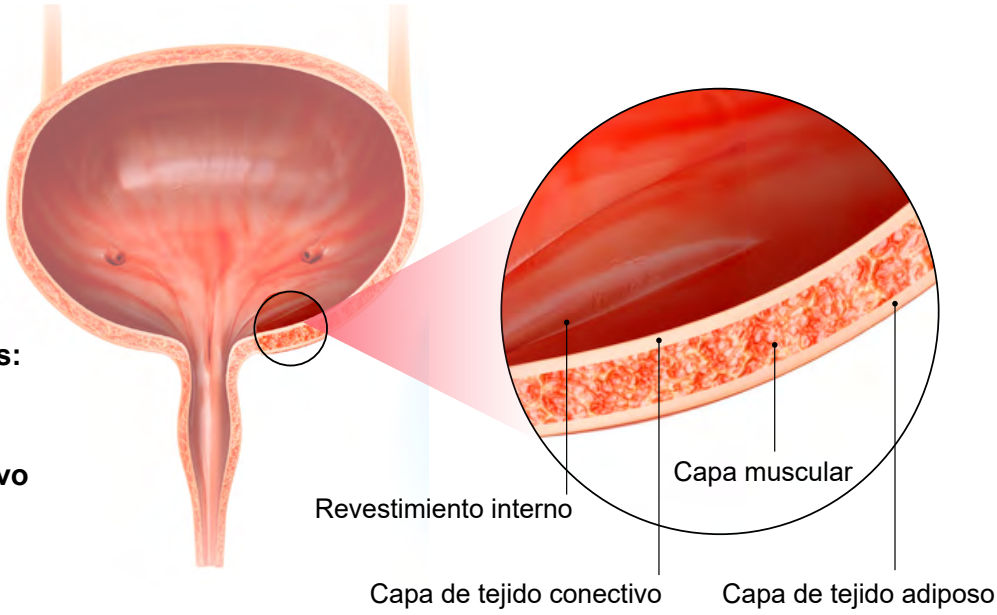
Es importante que el equipo de atención médica conozca el estadio y el grado del cáncer para predecir la evolución de la enfermedad y elaborar un plan de tratamiento.

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 de cáncer en el cuerpo, cuánto ha crecido y el grado de extensión.

Si el cáncer se ha extendido fuera de la vejiga (hizo 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. Le permite a usted y a su equipo de atención médica elegir el mejor tratamiento.

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

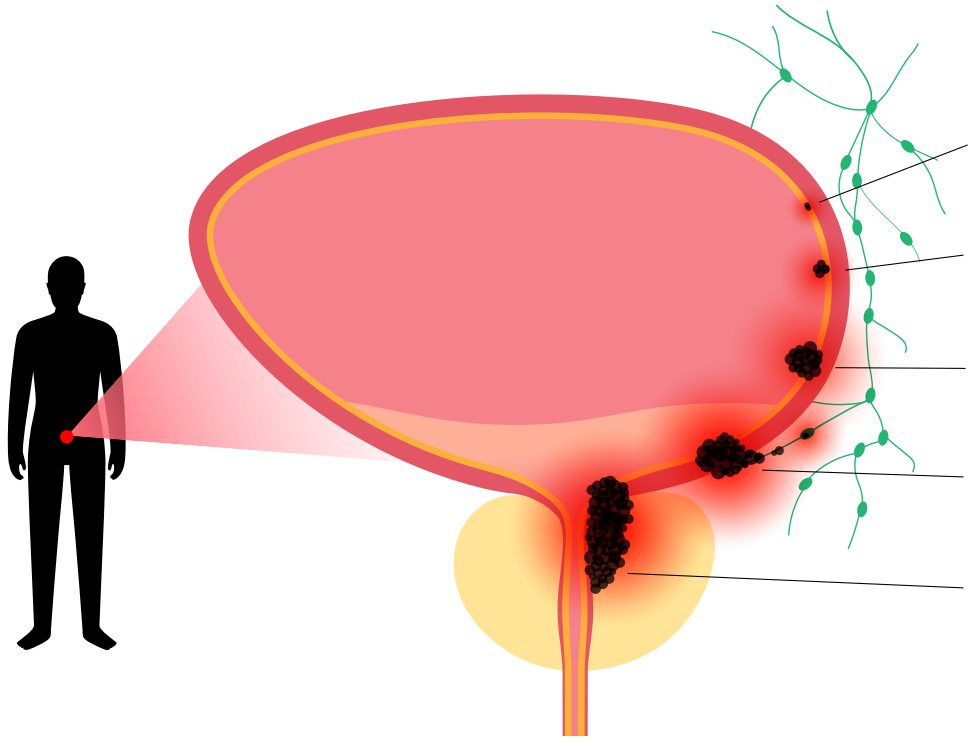
Es posible que el estadio del cáncer aparezca escrito con una T, que significa tumor: T0, T1, T2, T3 y T4.

¿Músculo-invasivo o no músculo-invasivo?

Un aspecto importante acerca del cáncer de vejiga es si el tumor se ha extendido o no hacia la capa del 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 de vejiga suele encontrarse en estos estadios tempranos, cuando las posibilidades de tratamiento son elevadas.

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.

Estadios del tumor de vejiga



Estadio 0 : se produce solo en el revestimiento interno (capa urotelial).

Estadio 1 : llega al tejido conectivo de la pared de la vejiga.

Estadio 2 : llega al músculo de la pared de la vejiga.

Estadio 3 : llega a la capa de tejido adiposo que recubre la vejiga.

Estadio 4 : atraviesa la pared de la vejiga y llega fuera de ella.

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 CIS es de crecimiento rápido y puede ser muy grave.

Estadio 1

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

Estadio 2

En el estadio 2, el cáncer de vejiga 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, el cáncer 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 ganglios linfáticos y órganos cercanos (en la pelvis).

El estadio 3 del cáncer de vejiga 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 cercanos a la vejiga. El cáncer en estadio 3B no se ha extendido a los ganglios linfáticos ni a órganos alejados de la vejiga, por lo que se llama cáncer de vejiga localmente avanzado.

Estadio 4

En el estadio 4, el cáncer ha crecido y atravesado la pared de la vejiga y puede haberse extendido a ganglios linfáticos u órganos cercanos o alejados de la vejiga.

El estadio 4 del cáncer de vejiga se divide en dos subgrupos:

- En el **estadio 4A**, ha invadido la pared de la pelvis o el abdomen. O bien, se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos. Por tanto, se considera un cáncer de vejiga localmente avanzado.
- En el **estadio 4B**, se ha extendido a un órgano (u órganos) distante, como el hígado, los pulmones y los huesos. También puede haberse extendido a los ganglios linfáticos y órganos cercanos. El estadio 4B es el cáncer de vejiga metastásico.

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

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 determinarlo, un anatomopatólogo analizará una muestra del 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.

- **BG** significa que las células cancerosas son de bajo grado (crecimiento lento).
- **AG** significa que las células cancerosas son de alto grado (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 urotelial 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 similar al linfoepitelioma
- 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 en los estadios tempranos es similar al 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 para el cáncer.

Puntos clave

- El estadio del cáncer describe qué tan profundo ha crecido en la pared de la vejiga y hasta dónde se ha extendido.
- El cáncer de vejiga en estadio 0 y estadio 1 no ha invadido la capa muscular. El cáncer de vejiga suele detectarse en uno de estos estadios tempranos, cuando las posibilidades de tratamiento son elevadas.
- Los cánceres de vejiga en estadios 2, 3 y 4 han invadido la capa muscular de la pared de la vejiga (músculo-invasivo). El cáncer que ha invadido el músculo requiere un tratamiento más agresivo.
- 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 localmente avanzado o metastásico. Se trata de un cáncer que se ha extendido fuera de la vejiga y a otras partes 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 bajo grado es de crecimiento lento. El cáncer de alto grado crece más rápidamente.

Preguntas para hacer

- ¿Cuál es mi estadio del cáncer?
- ¿El cáncer ha invadido la capa muscular de la pared de la vejiga?
- Si el cáncer se ha extendido fuera de la vejiga, ¿hasta dónde ha llegado?
- ¿Se puede curar mi tipo de cáncer de vejiga? Si no es curable, ¿el tratamiento puede impedir que el cáncer crezca?

4

Tipos de tratamiento

25 Cirugía

29 Tratamiento intravesical

32 Tratamiento sistémico

34 Radioterapia

34 Ensayos clínicos

36 Efectos secundarios del tratamiento

37 Tratamiento complementario

38 Puntos clave

38 Preguntas para hacer

39 ¿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. Usted y su equipo de atención médica elegirán el plan de tratamiento que sea mejor para usted.

El tratamiento del cáncer de vejiga depende de muchos factores, como 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.

En este capítulo, se explican los distintos tratamientos. Los capítulos siguientes describen los tratamientos para cada estadio del cáncer de vejiga.

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. Los tipos de tratamiento sistémico incluyen quimioterapia, inmunoterapia y tratamiento dirigido.

Radioterapia: utiliza rayos de alta energía para destruir las células cancerosas. 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 **r**esección **t**rans**u**retral de **t**umor **v**esical (RTUV).

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

La RTUV se realiza en el quirófano de una clínica u hospital. Se le administrará anestesia para que duerma. 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 del cáncer de vejiga.
- Extirpar todo el tumor visible.
- Tomar una muestra de la pared de la vejiga para determinar si el tumor ha invadido la capa muscular.

Mientras está bajo anestesia, también puede realizarse otra prueba llamada examen bajo anestesia. Para obtener más información sobre este procedimiento, búsquelo en el *Capítulo 2: Pruebas para detectar el cáncer de vejiga*.

Después del procedimiento, la mayoría de las personas pueden irse a casa el mismo día. Pero necesitará aún unos días más para descansar y recuperarse. Es posible que sienta dolor o ardor al orinar y que haya sangre en la orina durante las 2 o 4 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.

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

Extirpación de la vejiga

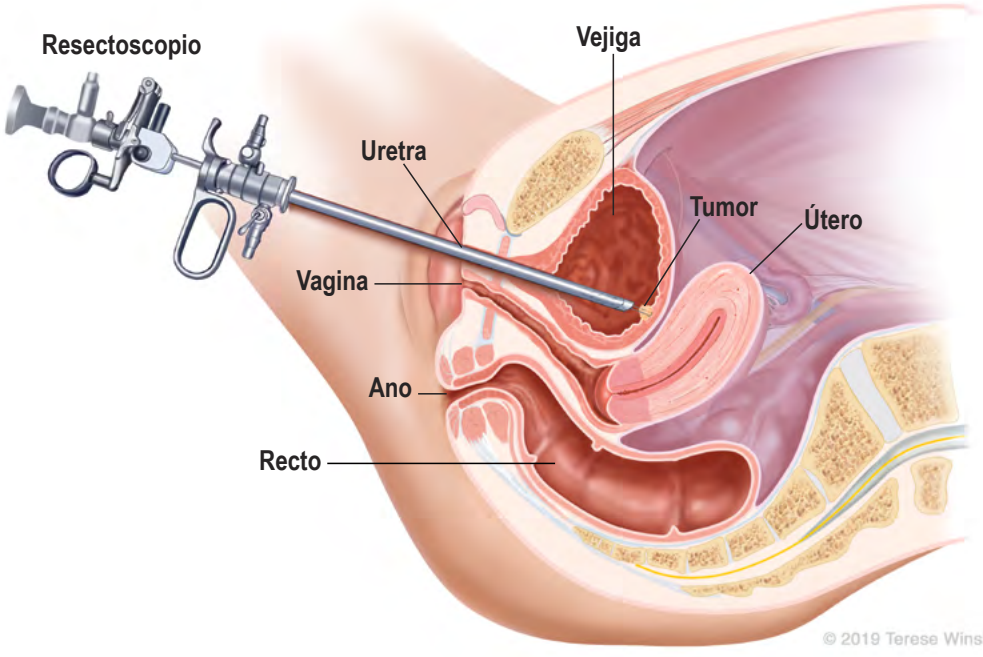
El procedimiento denominado cistectomía permite tratar el cáncer de vejiga mediante la extirpación de toda la vejiga. Es la cirugía más utilizada para el cáncer de vejiga músculo-invasivo.

Cuando se denomina cistectomía radical, significa extirpar toda la vejiga, así como la grasa circundante y los ganglios linfáticos cercanos.

También pueden extirparse otros órganos cercanos. Entre ellos se encuentran la próstata y las vesículas seminales (glándulas que ayudan a producir semen) en las personas de sexo biológico masculino. En el caso de las personas de sexo biológico femenino, durante la cirugía, también

RTUV

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



puede extirparse parte de la uretra, el útero, el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio. Su cirujano deberá hablar de ello con usted cuando elabore un plan de tratamiento.

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. Una derivación urinaria utiliza un segmento del intestino delgado para conectar los riñones con una abertura en el exterior del cuerpo, lo que permite eliminar la orina.

Para conocer los 3 tipos de derivación urinaria, consulte la página 28.

Una cistectomía radical 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.

Cistectomía parcial

La cistectomía parcial es una cirugía en la que se extirpa parte de la vejiga. No se utiliza de forma generalizada para tratar el cáncer de vejiga porque pocas personas pueden optar a ella.

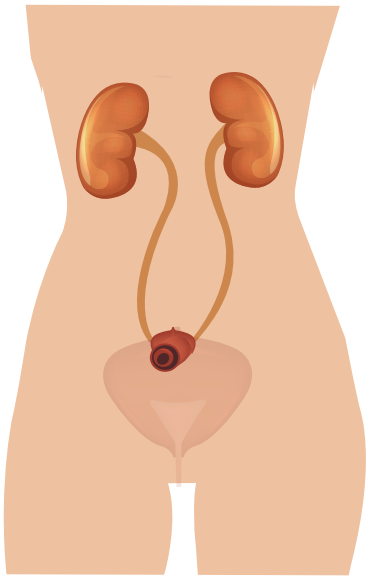
Una cistectomía parcial solo puede realizarse si el cáncer está en un lugar que puede extirparse limpiamente sin extirpar toda la vejiga.

Cistectomía

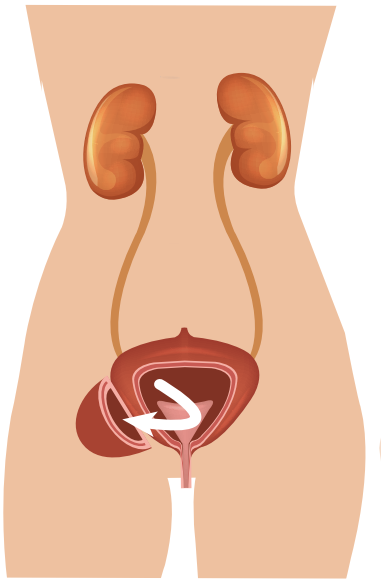
La cistectomía es una cirugía para extirpar la vejiga.

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 adapta una sección del intestino delgado (íleon) para utilizarla como sonda (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 de la sonda se utiliza para crear el 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 práctica, 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 un catéter a través de la uretra para ayudarlas a vaciar la neovejiga.

Bolsa cutánea continente (bolsa de Indiana)

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

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

Una ventaja de este tipo de derivación urinaria es que no se necesita de una 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

Mientras que la cirugía se realiza para extirpar el cáncer visible, 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.

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.

La destrucción de estas células cancerosas permite reducir la probabilidad de recidiva (reaparición del cáncer) o de empeoramiento (invasión del músculo de la vejiga).

Por lo general, el tratamiento intravesical con BCG se utiliza para el cáncer de vejiga 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.

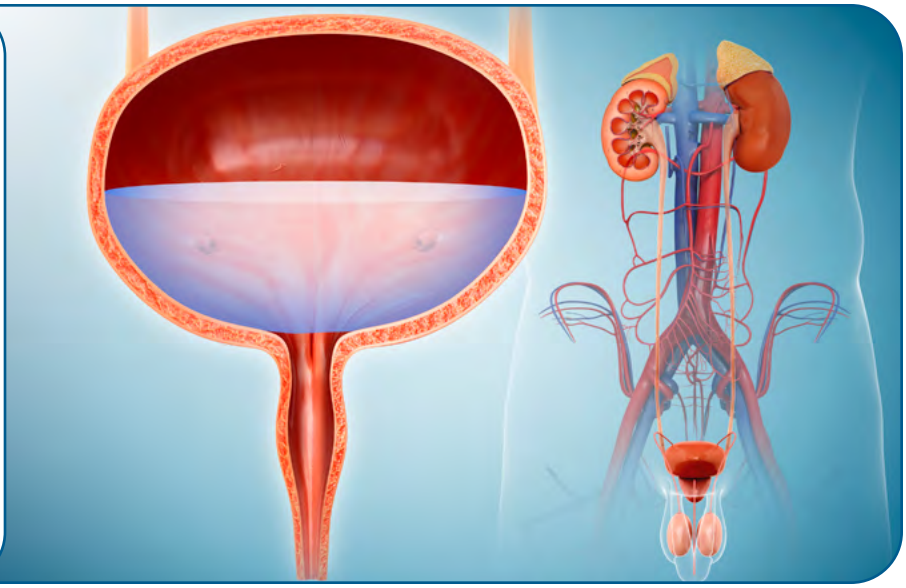
Para prevenir la recidiva, es posible que se le pida que siga recibiendo tratamiento intravesical con BCG. Esto se denomina tratamiento de mantenimiento. El tratamiento de mantenimiento consiste en tratamientos intravesicales con BCG que se administran 3 meses después de la RTUV y nuevamente a los 6 meses. 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, así como sangre o partículas (coágulos) en la orina. Hable con su equipo de tratamiento sobre los efectos secundarios. Puede haber formas que ayuden a aliviarlos.

Si el tratamiento intravesical con BCG no funciona por sí solo, existen otras opciones de tratamiento, incluido el tratamiento en ensayos clínicos.

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.



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 en la vejiga 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 eliminar 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 recibió tratamiento con BCG, pero no fue eficaz. En estos casos, se administra con el mismo régimen que el tratamiento con BCG: una vez a la semana durante 6 semanas, comenzando generalmente 3 o 4 semanas después de la RTUV. Si recibe quimioterapia intravesical de mantenimiento, por lo general, se administra una vez al mes durante 1 a 2 años.

Después de inyectar la quimioterapia en la vejiga, deberá retenerla durante 1 a 2 horas. El medicamento se vaciará de la vejiga sin causar daño cuando orine.

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.

Las quimioterapias intravesicales más comunes que se utilizan para el cáncer de vejiga son la gemcitabina y la mitomicina. También se utiliza un tratamiento intravesical en el que se administran gemcitabina y docetaxel de forma consecutiva.

Una nueva forma de usar la gemcitabina es con el **sistema intravesical de gemcitabina (Inlexzo)**. En esta técnica, se inyecta en la vejiga un tubo diminuto lleno de gemcitabina. Una vez dentro, el tubo se despliega y adopta una forma parecida a un *pretzel*. Permanece allí durante 3 semanas y libera lentamente la quimioterapia durante un período mucho más largo que la quimioterapia intravesical habitual.

Después del tratamiento, el tubo se extrae de la vejiga. Se pueden inyectar tubos adicionales para tratamientos posteriores.

Actualmente, el sistema intravesical de gemcitabina se utiliza solo para personas con cáncer de vejiga con carcinoma *in situ* (estadio 0is) que recibieron tratamiento intravesical con BCG que no funcionó.

Otros tratamientos intravesicales

Hay otros dos tratamientos intravesicales disponibles si el tratamiento intravesical con BCG no funcionó. Solo se administran para ciertos tipos de cáncer de vejiga no músculo-invasivo de alto riesgo.

El **nogapendekin alfa inbakicept (Anktiva)** es una inmunoterapia intravesical que se administra junto con BCG. Una vez dentro de la vejiga, activa células inmunitarias llamadas linfocitos citolíticos naturales y células T.

Los linfocitos citolíticos naturales (o células asesinas), como su nombre lo indica, son buenos para encontrar y destruir rápidamente las células cancerosas. Las células T se activan para atacar células cancerosas específicas.

El nogapendekin alfa inbakicept también potencia la respuesta inmunitaria del BCG contra las células cancerosas. Se administra junto con el tratamiento intravesical con BCG una vez a la semana durante 6 semanas.

El **nadofaragén firadenovec (Adstiladrin)** es un tipo de terapia génica que hace que las células de la vejiga produzcan interferón alfa-2b, una proteína que combate el cáncer. El interferón alfa-2b estimula el sistema inmunitario para combatir y destruir mejor las células cancerosas.

Debido a que el nadofaragén firadenovec tiene un efecto prolongado en la vejiga, puede administrarse una vez cada 3 meses.

¿Se vislumbra el fin de la escasez de BCG?

Aunque el BCG se utiliza desde hace décadas para tratar el cáncer de vejiga, escasea en los Estados Unidos y en todo el mundo desde hace más de una década.

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.

Estas son otras opciones:

- ✓ Dosis reducidas o un ciclo más corto de tratamiento con BCG.
- ✓ Interrupción del tratamiento de mantenimiento con BCG.
- ✓ Cistectomía radical (para las personas con alto riesgo de que el cáncer reaparezca después del tratamiento).
- ✓ Participación en un ensayo clínico si está disponible.

El lado positivo es que el suministro de BCG podría aumentar por fin en los próximos años si todo sale según lo planeado. El principal fabricante de BCG del mundo espera triplicar su producción cuando su nueva planta de fabricación, de mayor capacidad, comience a producir a finales de este año.

Aun así, es posible que pase un tiempo hasta que el suministro de BCG alcance la demanda acumulada.

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.

Niveles de preferencia según NCCN

Todos los tratamientos que se mencionan en esta guía están recomendados y son adecuados. Cuando resulta útil, los expertos de NCCN también asignan un nivel de preferencia a sus recomendaciones de tratamientos sistémicos:

- Los **tratamientos preferidos** son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y ser más seguros que otros.
- Los **otros tratamientos recomendados** pueden proporcionar resultados eficaces, pero puede haber menos pruebas, más efectos secundarios o es posible que no funcionen tan bien como los preferidos.
- **En algunos casos, hay tratamientos** que funcionan mejor para individuos con un cáncer con determinadas características o circunstancias de salud específicas.

Estos niveles de preferencia se detallan en las siguientes secciones.

Tenga en cuenta que la quimioterapia **sistémica** es diferente de la quimioterapia **intravesical**. La quimioterapia intravesical trata el interior de la vejiga. La quimioterapia sistémica puede tratar el cáncer en todo el cuerpo.

¿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, doxorrubicina y cisplatino (o ddMVAC).

Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento que utiliza fármacos potentes para eliminar las células cancerosas. La mayoría de los fármacos de quimioterapia sistémica son líquidos que se inyectan lentamente en una vena (infusión). 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 para reducir el tamaño del tumor y, veces,con inmunoterapia tanto antes como después de la cirugía, dependiendo de su tipo o estadio de cáncer de vejiga. La quimioterapia sola (sin cirugía) es a veces el tratamiento principal para las personas que padecen cáncer de vejiga metastásico.

La quimioterapia sistémica más utilizada para el cáncer de vejiga es la terapia con cisplatino, un fármaco 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 se repite varias veces. Por ejemplo, puede recibir de 3 a 6 ciclos de quimioterapia durante 2 o 3 meses.

Las siguientes son las quimioterapias sistémicas que se utilizan para el cáncer de vejiga:

- Cisplatino
- Metotrexato
- Vinblastina
- Doxorrubicina
- Gemcitabina

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 a la que se dirige el medicamento, es poco probable que este tratamiento pueda ayudar.

Un tipo de tratamiento dirigido, llamado conjugado de anticuerpo y fármaco, combina dos medicamentos en uno. Un fármaco encuentra células cancerosas específicas y se adhiere a ellas, y el otro fármaco ataca el cáncer.

Estos son algunos tratamientos dirigidos a determinados tipos de cáncer de vejiga:

- El enfortumab vedotina (Padcev) es un conjugado de anticuerpo y fármaco que 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. Una vez adherido, libera un medicamento de quimioterapia para destruir la célula cancerosa. A veces, se denomina quimioterapia dirigida.
- El erdafitinib (Balversa) es un tratamiento dirigido a biomarcadores que se utiliza en personas cuyo cáncer de vejiga se debe a mutaciones específicas en el gen *FGFR3*.
- El trastuzumab deruxtecan (Enhertu) es un tratamiento dirigido a biomarcadores y también un conjugado de anticuerpo y fármaco que se dirige a la proteína HER2 de las células cancerosas. Cuando se adhiere a una célula cancerosa, libera un medicamento que provoca su autodestrucción.

En particular, el tratamiento preferido para el cáncer de vejiga metastásico es una combinación de quimioterapia dirigida (enfortumab vedotina) e inmunoterapia (pembrolizumab).

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

Inmunoterapia

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

Inhibidores del punto de control inmunitario

Los inhibidores del punto de control inmunitario son un tipo de inmunoterapia que se utiliza para tratar el cáncer de vejiga y otros tipos de cáncer.

El punto de control es una acción protectora natural dentro de las células inmunitarias. Las células cancerosas se apoderan de esta acción para desactivar las células inmunitarias. Los inhibidores del punto de control inmunitario son medicamentos que bloquean esta táctica de apropiación, para que el sistema inmunitario pueda volver a combatir las células cancerosas.

Estos son los inhibidores del punto de control inmunitario para el cáncer de vejiga:

- Pembrolizumab (Keytruda)
- Nivolumab (Opdivo)
- Avelumab (Bavencio)
- Atezolizumab (Tecentriq)
- Durvalumab (Imfinzi)

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 con precisión 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, como la quimiorradiación o el tratamiento trimodal.

Quimiorradiación

La quimioterapia y la radioterapia suelen utilizarse conjuntamente para tratar el cáncer de vejiga. Esto se llama quimiorradiación o quimiorradioterapia. Cuando se administran juntos, funcionan mejor que por separado. Como muchos tratamientos del cáncer, la quimiorradiación funciona mejor para algunas 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 ciertas personas con cáncer de vejiga, el tratamiento trimodal puede utilizarse en lugar de una cistectomía radical (cirugía de extirpación de la vejiga). Por ello, el tratamiento trimodal se denomina tratamiento de preservación de la vejiga.

Ensayos clínicos

Otra manera de recibir tratamiento es participar de un ensayo clínico.

Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de combatir el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas.

Si en un ensayo clínico se determina que un fármaco, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la FDA de Estados Unidos.

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento que existen para tratar su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos habituales y los ensayos clínicos. Converse con su médico para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.

Fases

La mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer se centran en el tratamiento y se realizan por fases.

- En los ensayos de **fase 1**, se estudian la seguridad y los efectos secundarios de un fármaco en investigación o un método de tratamiento.
- En los ensayos de **fase 2**, se evalúa el grado en que un fármaco o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- En los ensayos de **fase 3**, se evalúa el fármaco o el método en comparación con el tratamiento habitual. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- En los ensayos de **fase 4**, se estudian la seguridad y el beneficio de un tratamiento aprobado por la FDA.

¿Quién puede inscribirse?

Depende de las normas del ensayo clínico, denominadas criterios de elegibilidad. Las normas pueden referirse a la edad, el tipo y el estadio del cáncer, los antecedentes de tratamiento o el estado de salud general. Estos garantizan que los participantes se asemejen en formas específicas y que el ensayo sea lo más seguro posible para los participantes.

Consentimiento informado

Un equipo de investigación administra los ensayos clínicos. Este grupo de expertos 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.



Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN
NCCN.org/cancercenters

The National Cancer Institute (NCI)
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

Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para conversar con personas de su confianza. Tenga en cuenta que puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera de este en cualquier momento.

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es común recibir el placebo con el tratamiento habitual o el medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, 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. El patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el fármaco del estudio. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tipo de atención a menudo está cubierto por el seguro.

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 pueden ser muy graves. Otros son simplemente 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, la duración y la dosis del tratamiento.

A continuación, se enumeran algunos efectos secundarios frecuentes de los distintos tratamientos.

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

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.



Tratamiento intravesical: irritación (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 en los dedos de manos y pies, erupción cutánea, diarrea.

Inmunoterapia: reacción autoinmune (cuando el sistema inmunitario ataca por error las células sanas), 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 en su tratamiento.

Consulte más información sobre estos efectos secundarios en *NCCN Guidelines for Patients: Náuseas y vómitos* en 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 cáncer o su tratamiento 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 cirugía 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 ayudar 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.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario se brinda para aliviar los síntomas del cáncer y los efectos secundarios del tratamiento oncológico. También ayuda con otras cuestiones relacionadas con el cáncer.

Para obtener más información sobre el tratamiento complementario, consulte el *Capítulo 8: Tratamiento complementario y otra asistencia*.

Puntos clave

- El tratamiento del cáncer de vejiga depende del estadio y el grado del cáncer, de su estado general de salud y de sus preferencias.
- La resección transuretral del tumor vesical (RTUV) es un procedimiento que permite examinar los tumores de la pared de la vejiga y extirparlos.
- La cistectomía radical consiste en extirpar la vejiga, los ganglios linfáticos cercanos y otros órganos de la pelvis.
- La derivación urinaria es un procedimiento quirúrgico que se realiza junto con una 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.
- La quimioterapia es un tratamiento que utiliza fármacos para eliminar las células cancerosas de todo el cuerpo. La mayoría de los fármacos quimioterapéuticos son líquidos que se inyectan lentamente en una vena (infusión).
- Todos los tratamientos para el cáncer de vejiga pueden causar distintos efectos secundarios.

Preguntas para hacer

- ¿Cómo sabrá si el tratamiento es eficaz? ¿Cuáles son mis opciones si el tratamiento deja de funcionar?
- ¿Tengo mejores posibilidades con un tratamiento que con otro?
- Si me realizan una cistectomía radical, ¿qué tipo de derivación urinaria podría tener?
- ¿Cómo puedo obtener una segunda opinión?

¿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.



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

NCCN.org/patients/comments

El estadio general del cáncer	Capítulo	Página
0	5. No músculo-invasivo	41
0a	5. No músculo-invasivo	41
0is	5. No músculo-invasivo	41
1	5. No músculo-invasivo	41
2	6. Músculo-invasivo	50
3A	6. Músculo-invasivo	50
3B	6. Localmente avanzado	55
4A	6. Localmente avanzado/metastásico	57
4B	7. Metastásico	66

5

Tratamiento del cáncer de vejiga no músculo-invasivo

41 Cáncer de vejiga en estadio 0 y estadio 1

43 Tratamiento basado en el riesgo

44 Atención de seguimiento

46 Recidiva o progresión

47 ¿Cuál es el siguiente paso?

48 Puntos clave

48 Preguntas para hacer

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. El cáncer de vejiga en estadios 0 y 1 es considerado no músculo-invasivo.

Con frecuencia, 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:

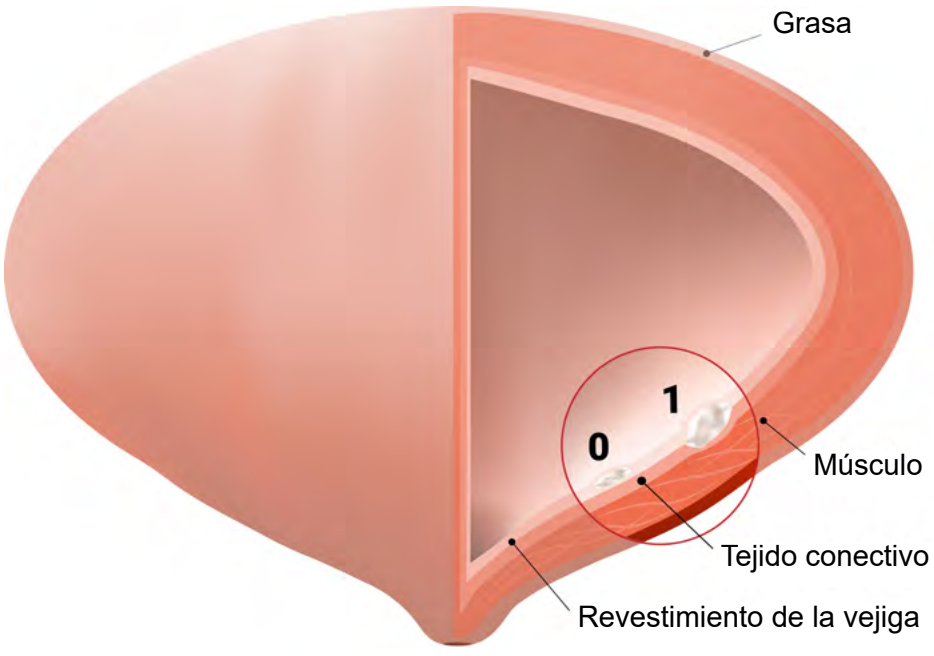
- El **estadio 0a** (también denominado carcinoma papilar no invasivo) consiste en proyecciones en forma de dedo que crecen desde la superficie interna hacia el centro hueco de la vejiga.
- El **estadio 0is** (también denominado carcinoma *in situ* o CIS) es un tumor plano en el revestimiento interno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



5 Tratamiento del cáncer de vejiga no músculo-invasivo

El tratamiento del cáncer 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, el tamaño, si crece lenta o rápidamente (bajo o alto grado) y si hay más de un tumor. Consulte la **Guía 2** y la **Guía 3**.

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 su biopsia y su primera resección transuretral del tumor vesical (RTUV) suelen revelar este riesgo.

Puede ser necesaria una segunda RTUV (repetición) si en la primera no se extirpó suficiente tumor o no se extirpó tejido muscular 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 un 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** y en la **Guía 3**.

Guía 2
Tratamientos para el cáncer de vejiga de riesgo bajo o medio en estadio 0 y estadio 1

	Características del tumor		Opciones de tratamiento
Riesgo bajo	• Lesión pequeña, única, de crecimiento lento, en estadio 0a	→	• Vigilancia
Riesgo medio	• Tumor grande de crecimiento lento en estadio 0a • Múltiples tumores de crecimiento lento en estadio 0a • Tumor de crecimiento lento en estadio 0a que reaparece 1 o más veces en el plazo de 1 año • Tumor de crecimiento rápido en estadio 0a • Tumor de crecimiento lento en estadio 1 • El tratamiento intravesical inicial no funcionó	→	• Tratamiento intravesical (con BCG o quimioterapia)* • Vigilancia

* Tratamiento preferido.

Tratamiento basado en el riesgo

Se ha sometido a muchas pruebas. 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.

El tratamiento del cáncer de vejiga de **bajo riesgo** no incluye un tratamiento activo después de someterse a una RTUV inicial. Pero sí incluye la vigilancia. La vigilancia consiste en la realización de pruebas ocasionales para comprobar si el cáncer reaparece después de haber sido tratado.

En el caso del cáncer de vejiga en estadio 0, la vigilancia consiste en una cistoscopía cada 3 a 6 meses después de la RTUV y, posteriormente, una vez al año.

El cáncer de vejiga de **riesgo medio** tiene una probabilidad considerable de reaparecer. Aunque la vigilancia es una opción razonable, el tratamiento preferido es un ciclo de 6 semanas de tratamiento intravesical con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG) o quimioterapia.

Guía 3
Tratamientos para el cáncer de vejiga de alto riesgo en estadio 0 y estadio 1

Características del tumor de alto riesgo	¿Recibió el tratamiento intravesical inicial con BCG?	Opciones de tratamiento recomendadas
• Tumor grande de crecimiento rápido en estadio 0a • Múltiples tumores de crecimiento rápido en estadio 0a	No →	• Tratamiento intravesical inicial con BCG y, luego, tratamiento de mantenimiento con BCG • Quimioterapia intravesical • Ensayo clínico
	Sí, y funcionó →	• Tratamiento de mantenimiento con BCG
• Tumor de crecimiento rápido en estadio 0is • Tumor de crecimiento rápido en estadio 1	Sí, pero no funcionó →	• Cistectomía radical • Ensayo clínico • Repetir el tratamiento intravesical inicial con BCG • Quimioterapia intravesical (uno o varios medicamentos) • Otro tratamiento intravesical

El cáncer de vejiga de **riesgo alto** tiene un elevado riesgo de reaparición o de crecimiento. El cáncer de vejiga de alto riesgo puede tratarse con tratamiento intravesical con BCG si no ha recibido BCG antes o si el cáncer no reapareció hasta más de 2 años después del tratamiento inicial con BCG.

Otras opciones recomendadas si no ha recibido tratamiento intravesical con BCG son la quimioterapia intravesical o la participación en un ensayo clínico.

Si tiene un cáncer de vejiga no músculo-invasivo de alto riesgo, pero no puede recibir tratamiento con BCG o si este no funciona en su caso, las opciones de tratamiento preferidas son una cistectomía radical o un ensayo clínico.

Si no se puede realizar ni el tratamiento con BCG ni la cistectomía, y un ensayo clínico tampoco es una opción, otros tratamientos recomendados son el sistema intravesical de gemcitabina (Inlexzo) o la quimioterapia intravesical estándar con uno o más fármacos de quimioterapia.

Otras opciones de tratamiento son el nadofaragén firadenovec (Adstiladrin) y el nogapendekin alfa inbakicept (Anktiva). Estos son medicamentos intravesicales que se administran directamente en la vejiga, donde refuerzan las células inmunitarias de la vejiga para combatir mejor el cáncer.

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 preferido. Sin embargo, un ensayo clínico o el tratamiento intravesical con BCG pueden ser opciones en determinados casos.

Estas son las características de riesgo alto:

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

Durante el tratamiento también se debe disponer de un tratamiento complementario. El tratamiento complementario sirve para aliviar los síntomas del cáncer y los efectos secundarios del tratamiento.

Atención 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 esta guía, el cáncer de vejiga suele reaparecer en algún momento. Por ello, siempre se recomienda la vigilancia una vez finalizado el tratamiento.

Las personas con cáncer de vejiga necesitan realizarse pruebas de seguimiento periódicas durante muchos años para controlar la reaparición del cáncer. Asegúrese de acudir a todas las citas 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 médica.

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.

5 Tratamiento del cáncer de vejiga no músculo-invasivo

En función de su tipo de cáncer y de otras consideraciones de salud, es posible que necesite realizarse las siguientes pruebas de seguimiento:

- Cistoscopía
- Estudios de diagnóstico por imágenes del tracto urinario superior
- Estudios de diagnóstico por imágenes del abdomen y la pelvis
- Citología urinaria
- Marcadores tumorales en orina

Si no se le extirpó la vejiga como parte del tratamiento, consulte la **Guía 4** para conocer las pruebas de seguimiento en función de su nivel de riesgo.

Si le extirparon la vejiga, consulte la **Guía 5** en la siguiente página para conocer las pruebas de seguimiento que necesitará.

Guía 4
Atención de seguimiento según el nivel de riesgo para el cáncer de vejiga no músculo-invasivo

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

Recidiva o progresión

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

Cuando el cáncer reaparece durante el tratamiento de seguimiento, suele detectarse mediante una cistoscopía. Sin embargo, a veces una prueba de citología urinaria indica signos de cáncer cuando la cistoscopía no lo hace.

Esto es lo que sucederá, según los resultados de estas pruebas.

Si la cistoscopía detecta cáncer

Si aparece cáncer en una cistoscopía 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** y la **Guía 3**.

Por ejemplo, si tenía cáncer de vejiga no músculo-invasivo de riesgo medio y la repetición de la RTUV muestra que el cáncer reapareció y es de alto riesgo, debe comenzar el tratamiento

Guía 5
Atención de seguimiento después de la cistectomía radical para el cáncer de vejiga no músculo-invasivo

<table>
<tr><th></th><th>Estudios de diagnóstico por imágenes</th><th>Análisis de sangre</th><th>Análisis de orina</th></tr>
<tr><td>Año 1</td><td>A los 3 y 12 meses:
• Urografía (TC o RM) del tracto urinario superior, abdomen y pelvis</td><td>Cada 3 a 6 meses:
• Función renal
• Función hepática
• HC y PMC (si ha recibido quimioterapia)</td><td rowspan="2">Cada 6 a 12 meses:
• Citología urinaria
• Citología de lavado uretral (solo en caso de riesgo alto de recidiva)</td></tr>
<tr><td>Año 2</td><td rowspan="3">Una vez al año:
• Urografía (TC o RM) del tracto urinario superior, abdomen y pelvis</td><td rowspan="3">Una vez al año:
• Función renal
• Función hepática
• Nivel de vitamina B12 si lo indica el médico</td></tr>
<tr><td>Año 3</td><td rowspan="3">Según las indicaciones de su médico:
• Citología urinaria
• Citología de lavado uretral (solo en caso de riesgo alto de recidiva)</td></tr>
<tr><td>Año 4</td></tr>
<tr><td>Año 5</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Años 6 a 10</td><td>Una vez al año:
• Ecografía de los riñones</td><td rowspan="2">Una vez al año:
• Nivel de vitamina B12 si lo indica el médico</td></tr>
<tr><td>Después de 10 años</td><td>Según las indicaciones de su médico</td></tr>
</table>

para el cáncer de alto riesgo. 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.
- Ureteroscopía, una prueba que permite examinar el interior de los riñones y los uréteres.

Si se detecta cáncer en la biopsia de la vejiga, se le realizará otra RTUV para determinar su nivel de riesgo actual. Consulte la **Guía 2** y la **Guía 3**.

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 confirmarlo.
- 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 régimen de seguimiento dependerá del estadio actual del 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 a 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

- El cáncer no músculo-invasivo suele tratarse sin extirpar la vejiga.
- La vigilancia suele ser el mejor tratamiento para el cáncer de vejiga no músculo-invasivo 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 no músculo-invasivo de riesgo medio es el tratamiento intravesical con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG) o quimioterapia.
- El cáncer de vejiga no músculo-invasivo de alto riesgo puede tratarse con una cistectomía radical o, en algunos casos, con un ensayo clínico. El tratamiento intravesical con BCG podría ser una opción en determinados casos.
- Las pruebas de seguimiento se basan en el riesgo de que el cáncer reaparezca. Cuanto mayor sea el riesgo, más pruebas necesitará.

Preguntas para hacer

- ¿Dónde recibiré el tratamiento: en un hospital, en una clínica, en su consultorio o en mi casa?
- ¿Cuánto tiempo tomará el tratamiento?
- ¿Duele el tratamiento?
- ¿Qué probabilidades hay de que el cáncer empeore o regrese?
- ¿Qué atención de seguimiento es necesaria después del tratamiento?

6

Tratamiento del cáncer de vejiga músculo-invasivo

50 Cáncer de vejiga en estadio 2 y estadio 3A

51 Cirugía de extirpación de la vejiga

53 Tratamiento después de la cirugía de vejiga

53 Tratamiento sin extirpación de la vejiga

55 Cáncer de vejiga en estadio 3B

57 Cáncer de vejiga en estadio 4A

60 Atención de seguimiento

62 Recidiva o persistencia

63 ¿Cuál es el siguiente paso?

64 Puntos clave

64 Preguntas para hacer

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

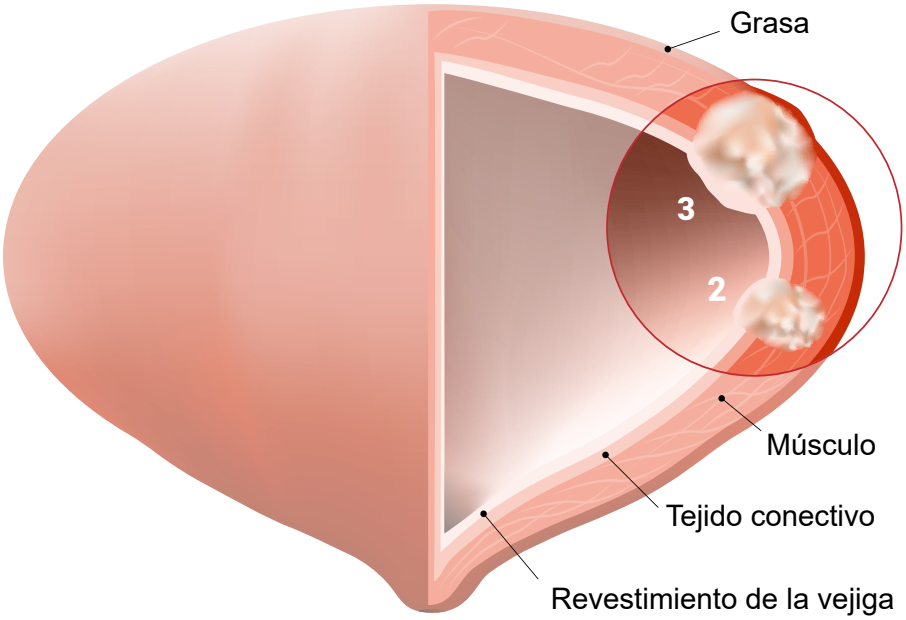
El **cáncer de vejiga en estadio 2** ha crecido hasta la capa muscular, pero no ha alcanzado la capa de tejido adiposo que recubre la vejiga ni se ha extendido a ningún otro lugar. El cáncer de vejiga en estadio 2 tiene más probabilidades de tener un mejor pronóstico que el cáncer que ha alcanzado la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

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.



El tratamiento principal del cáncer de vejiga en estadio 2 y estadio 3A es la cistectomía radical. Se trata de una cirugía en la que se extirpa el cáncer mediante la extracción de toda la vejiga y los ganglios linfáticos cercanos. También se extirpa la próstata en las personas de sexo biológico masculino y el útero, el cuello uterino, las trompas de Falopio, los ovarios y parte de la vagina en las personas de sexo biológico femenino.

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.

Otro método que se utiliza actualmente consiste en una combinación de quimioterapia e inmunoterapia administrada antes de la cistectomía radical y, luego, inmunoterapia adicional administrada después de la cirugía.

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 RM 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 adecuadamente 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, omita la siguiente sección y pase a “Tratamiento sin extirpación de la vejiga”, en la página 53.

Si tiene previsto someterse a una cistectomía radical, lea la siguiente sección.

Cirugía de extirpación de la vejiga

La cistectomía radical puede realizarse con o sin quimioterapia. Esto depende de si puede recibir quimioterapia. Si puede, es posible que también se pueda sumar inmunoterapia a este tratamiento.

Para conocer las opciones de tratamiento recomendadas, consulte la **Guía 6**.

Guía 6
Opciones de tratamiento inicial para la cistectomía radical en los estadios 2 y 3A

- Cistectomía radical y quimioterapia
- Cistectomía radical con una combinación de quimioterapia e inmunoterapia
- Cistectomía radical con una combinación de tratamiento dirigido e inmunoterapia
- Cistectomía radical como tratamiento único

Cada procedimiento implica también una derivación urinaria.

Cistectomía radical y quimioterapia

Esta opción comienza con una combinación de fármacos de quimioterapia, uno de los cuales es el cisplatino. El tratamiento con cisplatino ha demostrado ser el tipo de quimioterapia más eficaz para tratar el cáncer de vejiga.

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.

Cistectomía radical con una combinación de quimioterapia e inmunoterapia

Este enfoque de tratamiento más nuevo combina la quimioterapia más eficaz (el cisplatino) con la inmunoterapia para mejorar los resultados. Esto puede retrasar aún más la reaparición del cáncer y parece ayudar a las personas a vivir más tiempo.

El proceso de tratamiento es prácticamente el mismo que el de la quimioterapia estándar y la cistectomía radical. No obstante, este tratamiento incorpora el fármaco de inmunoterapia durvalumab (Imfinzi) a los ciclos de quimioterapia previos a la cistectomía radical. Después de la cirugía, las personas recibirán varios ciclos adicionales de inmunoterapia con durvalumab.

Algunos médicos lo denominan tratamiento “en sándwich” porque la intervención quirúrgica tiene lugar entre los dos ciclos de inmunoterapia, como las rebanadas de pan de un sándwich.

Cistectomía radical con una combinación de quimioterapia dirigida e inmunoterapia

Este también es un tratamiento tipo sándwich. Sin embargo, para este tratamiento, el fármaco de quimioterapia dirigida/conjugado de anticuerpo y fármaco, enfortumab vedotina (Padcev), se combina con el fármaco de inmunoterapia, pembrolizumab (Keytruda), durante algunos ciclos antes de una cistectomía radical.

Después de la cistectomía, el tratamiento consiste en varios ciclos de enfortumab vedotina combinados con doce ciclos de pembrolizumab, aproximadamente.

Cistectomía radical como tratamiento único

Esta es otra opción para las personas que no pueden recibir quimioterapia basada en cisplatino. El cisplatino puede ser demasiado agresivo para algunas personas, sobre todo para aquellas cuyo hígado y riñones no funcionan bien.

Si tiene pérdida auditiva, lesiones en los nervios o no puede realizar la mayoría de las actividades cotidianas, es posible que tampoco pueda recibir quimioterapia basada en cisplatino.

En esos casos, la cistectomía radical es la opción más adecuada.

Tratamiento después de la cirugía de vejiga

En función de lo que el cirujano observe de primera mano durante la cistectomía radical y de si en el informe anatomopatológico aparecen determinados hallazgos, es posible que se le administre un tratamiento adicional para eliminar las células cancerosas que queden después de la cirugía.

Estas son algunas razones por las que puede necesitar tratamiento adicional:

- 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 7**.

Seguimiento

Para obtener recomendaciones sobre la atención de seguimiento y la vigilancia de la recidiva del cáncer, consulte “Atención de seguimiento” en la página 60.

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 tratamiento de preservación de la vejiga. Las opciones de tratamiento de preservación de la vejiga incluyen el tratamiento trimodal o la radioterapia como tratamiento único.

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 vesical), 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 8**.

Radioterapia como tratamiento único

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

¿Cuál es el siguiente paso?

Después de finalizar el tratamiento inicial, la vejiga debe volver a examinarse con una TC y, posiblemente, una cistoscopía. 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 sin otro tratamiento.

Si se detecta cáncer y puede someterse a una cistectomía radical, el tratamiento se basa en el tipo y el tamaño del tumor restante. Las opciones incluyen la RTUV con o sin

Guía 7
Tratamiento adicional para los estadios 2 y 3A después de la cistectomía radical

Otras opciones de tratamiento	Requisitos
Quimioterapia basada en cisplatino (preferida)	• No recibió quimioterapia antes de la cirugía **y** • El cáncer estaba en estadio 3 o superior o se había extendido a los ganglios linfáticos en el momento de la cirugía.
Inmunoterapia con durvalumab (Imfinzi)	• Recibió quimioterapia basada en cisplatino y durvalumab antes de la cirugía.
Quimioterapia dirigida con enfortumab vedotina (Padcev) e inmunoterapia con pembrolizumab (Keytruda)	• Recibió enfortumab vedotina combinado con pembrolizumab antes de la cirugía.
Inmunoterapia con nivolumab (Opdivo) o pembrolizumab	• Recibió quimioterapia basada en cisplatino antes de la cirugía y el cáncer estaba en estadio 2 o superior o se había extendido a los ganglios linfáticos en el momento de la cirugía, **o** • No recibió quimioterapia antes de la cirugía y el cáncer estaba en estadio 3 o superior o se había extendido a los ganglios linfáticos en el momento de la cirugía.
Inmunoterapia con atezolizumab (Tecentriq)	• Todavía tiene una pequeña cantidad de células cancerosas en el cuerpo (según lo determinado por una prueba de ADN específica), **y** • Se sometió a una cirugía de vejiga hace menos de 1 año.
Radioterapia (en determinados casos)	• El cáncer estaba en estadio 3 o superior o se había extendido a los ganglios linfáticos en el momento de la cirugía.

tratamiento intravesical si el tumor está en estadio 1, la cistectomía radical (o cistectomía parcial, en casos muy específicos) si el tumor está en estadio 2, o el tratamiento del cáncer metastásico.

Si todavía hay cáncer, pero no puede o no desea someterse a una cistectomía radical, el tratamiento adicional se basa en el tipo y el tamaño del tumor restante. Si el tumor ahora está en estadio 1, el tratamiento adicional es la RTUV con o sin tratamiento intravesical. Si el tumor ha crecido más allá del estadio 1, se administra tratamiento para el cáncer metastásico. Se recomienda el tratamiento complementario sin importar el tratamiento que reciba.

Seguimiento

Para obtener recomendaciones sobre la atención de seguimiento y el control de la reaparición del cáncer, consulte “Atención de seguimiento” en la página 60.

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. (Por lo que este estadio no es metastásico).

Tratamiento sistémico

El principal tratamiento del cáncer de vejiga en estadio 3B es el 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.

Guía 8
¿Puede someterse a un tratamiento de preservación de la vejiga?

La quimiorradiación sin cistectomía radical 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 de preservación de la vejiga.

- El tumor mide menos de 6 centímetros (aproximadamente el largo de 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.

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 9**.

En función de la eficacia del tratamiento principal, puede ser necesario un tratamiento adicional.

El tratamiento estándar para el cáncer de vejiga localmente avanzado ha sido durante mucho tiempo la quimioterapia con derivados del platino (cisplatino o carboplatino).

Más recientemente, los expertos en cáncer han empezado a tratar el cáncer de vejiga localmente avanzado y metastásico con una combinación de un tratamiento dirigido (enfortumab vedotina, un conjugado de anticuerpo y fármaco denominado Padcev) e inmunoterapia (pembrolizumab, Keytruda).

Esta combinación parece ser más eficaz que la quimioterapia basada en platino para el cáncer en estadio 3B.

Si no puede recibir este tratamiento combinado, la quimioterapia basada en platino y otros medicamentos de inmunoterapia y tratamiento dirigido siguen siendo opciones de tratamiento recomendadas.

Guía 9
Tratamiento sistémico inicial para el cáncer de vejiga en estadios 3B y 4A

	Tratamiento	Tratamiento de mantenimiento
Opción recomendada	Enfortumab vedotina (Padcev) y pembrolizumab (Keytruda)	
Otros tratamientos recomendados	Cisplatino y gemcitabina	Avelumab (Bavencio)
	Gemcitabina, cisplatino y nivolumab (Opdivo)	Avelumab
	Dosis densa de metotrexato, vinblastina, doxorrubicina y cisplatino (ddMVAC)	Avelumab
Tratamientos utilizados en determinados casos	Gemcitabina y carboplatino	Avelumab
	Pembrolizumab	
	Atezolizumab (Tecentriq)	

Tratamiento adicional

Después de finalizar el tratamiento inicial, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes para determinar si el tratamiento funcionó.

Si no se detecta cáncer o si hay menos cáncer después del tratamiento inicial, el siguiente paso depende de sus circunstancias específicas:

- Seguimiento sin tratamiento adicional. Esto no significa necesariamente que el cáncer se haya curado. Por lo tanto, comenzará las consultas de seguimiento para vigilar si el cáncer reaparece.
- Tratamiento adicional para eliminar cualquier célula cancerosa indetectable que haya quedado. Estas son las opciones de tratamiento:
  - Cistectomía radical
  - Quimiorradioterapia
- Continuación del tratamiento sistémico que recibió como tratamiento inicial.

Si el cáncer sigue creciendo o extendiéndose después del tratamiento inicial, el siguiente paso es iniciar el tratamiento de enfermedad metastásica. Consulte el *Capítulo 7: Tratamiento del cáncer de vejiga metastásico*.

Seguimiento

Para obtener recomendaciones sobre la atención de seguimiento y el control de la reaparición del cáncer, consulte “Atención de seguimiento” en la página 60.

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 “Estadio 4A metastásico” en la página siguiente).

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.



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, su tratamiento inicial puede ser un tratamiento sistémico.

El **tratamiento sistémico** combina una quimioterapia dirigida (enfortumab vedotina, Padcev) y una inmunoterapia (pembrolizumab, Keytruda). Esta combinación suele ser más eficaz que la quimioterapia basada en platino para este estadio del cáncer. Consulte la **Guía 9**.

Si no puede recibir esta terapia combinada, se le puede administrar quimioterapia con derivados del platino o un medicamento de inmunoterapia diferente.

Tratamiento adicional

Después del tratamiento, necesitará realizarse algunas pruebas para comprobar si el tratamiento ha funcionado.

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

- Continuación del tratamiento sistémico que recibió como tratamiento inicial.
- Radioterapia (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 recibir un tratamiento adicional para seguir reduciendo la cantidad de cáncer. Otras opciones de tratamiento:

- Tratamiento sistémico como quimioterapia, inmunoterapia o tratamiento dirigido. Para conocer más opciones de tratamiento sistémico, consulte la **Guía 10**.
- Quimiorradioterapia (si no ha recibido radioterapia antes).
- Cistectomía radical (si el tratamiento principal redujo el tumor lo suficiente).

También puede considerar la posibilidad de participar en un ensayo clínico adecuado.

Seguimiento

Para obtener recomendaciones sobre la atención de seguimiento y la vigilancia de la recidiva del cáncer, consulte “Atención de seguimiento” en la página 60.

Estadio 4A metastásico

El cáncer en estadio 4A se ha extendido a ganglios linfáticos distantes del cuerpo (ha hecho metástasis), pero no ha crecido ni se ha extendido a órganos distantes. El tratamiento principal es el tratamiento sistémico, que es un tratamiento que afecta a las células cancerosas de todo el cuerpo.

Para ver las opciones de tratamiento sistémico recomendadas, consulte la **Guía 9**.

Si ha recibido quimioterapia con derivados del platino como tratamiento inicial y, como resultado, el cáncer no ha crecido ni se ha extendido, es posible que reciba un tratamiento de mantenimiento posteriormente para conservar los beneficios de la quimioterapia y desacelerar el crecimiento del cáncer.

Guía 10
Siguientes opciones de tratamiento sistémico para el cáncer de vejiga en estadio 4A

¿Cuál fue su tratamiento inicial?	Opciones preferidas para continuar el tratamiento	Otras opciones recomendadas para continuar el tratamiento
Inmunoterapia y quimioterapia dirigida (enfortumab vedotina, Padcev)	• Tratamiento dirigido a biomarcadores: – Erdafitinib (Balversa) – Trastuzumab deruxtecan (Enhertu) • Cisplatino y gemcitabina • Dosis densa de metotrexato, vinblastina, doxorrubicina y cisplatino (ddMVAC) • Carboplatino y gemcitabina	• Gemcitabina • Paclitaxel (Taxol) o docetaxel
Quimioterapia	• Enfortumab vedotina y pembrolizumab (Keytruda)	• Pembrolizumab • Tratamiento dirigido a biomarcadores: – Erdafitinib – Trastuzumab deruxtecan • Enfortumab vedotina • Avelumab (Bavencio) • Nivolumab (Opdivo)
Inmunoterapia	• Tratamiento dirigido a biomarcadores: – Erdafitinib – Trastuzumab deruxtecan • Carboplatino y gemcitabina • Cisplatino y gemcitabina • ddMVAC • Enfortumab vedotina • Enfortumab vedotina y pembrolizumab	• Gemcitabina • Paclitaxel o docetaxel
Quimioterapia e inmunoterapia	• Enfortumab vedotina • Tratamiento dirigido a biomarcadores: – Erdafitinib – Trastuzumab deruxtecan	• Cisplatino y gemcitabina • ddMVAC • Enfortumab vedotina y pembrolizumab • Gemcitabina • Paclitaxel o docetaxel • Doxorrubicina, gemcitabina e ifosfamida • Gemcitabina y paclitaxel

El tratamiento de mantenimiento incluye uno de los inhibidores del punto de control inmunitario, avelumab (Bavencio) o nivolumab (Opdivo).

Tratamiento adicional

Después del tratamiento inicial, se realizarán algunas pruebas para comprobar si el tratamiento funcionó.

Si no se detecta cáncer o si la cantidad de cáncer ha disminuido después del tratamiento inicial, es posible que su médico le recomiende considerar la cirugía o radioterapia para eliminar el cáncer en la 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: Tratamiento del cáncer de vejiga metastásico*.

También puede considerar la posibilidad de participar en un ensayo clínico.

Atención de seguimiento

Cuando haya terminado el tratamiento inicial y cualquier otro tratamiento adicional, 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 esta guía, 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 médica.

Las pruebas específicas que debe realizarse, y su frecuencia, dependen de si le han extirpado o no la vejiga.

Si le extirparon la vejiga

Aunque le hayan realizado una cirugía para extirparle la vejiga, el cáncer aún 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 régimen de seguimiento recomendado después de una cistectomía radical, consulte la **Guía 11**.

Tenga en cuenta que el plan de seguimiento de cada persona es 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 suele realizarse solo cuando existe un riesgo alto de recidiva del cáncer en la uretra.

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

Si no se sometió a una cistectomía radical, siempre existe el riesgo de que el cáncer regrese a la vejiga, a otra parte del tracto urinario o a otras zonas del cuerpo.

Las pruebas de seguimiento después del tratamiento de preservación de la vejiga incluyen cistoscopía, estudios de diagnóstico por imágenes, análisis de orina y sangre, y pruebas para comprobar el estado del hígado y los riñones.

Para conocer el régimen de seguimiento recomendado después de un tratamiento de preservación de la vejiga, consulte la **Guía 12**.

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

Guía 11
Pruebas de seguimiento después de la cistectomía radical para el cáncer de vejiga músculo-invasivo

<table>
<tr><th></th><th>Estudios de diagnóstico por imágenes</th><th>Análisis de sangre</th><th>Análisis de orina</th></tr>
<tr><td>Año 1</td><td rowspan="2">Cada 3 a 6 meses:
• Urografía (TC o RM)
• TC o radiografía de tórax
• TEP/TC (solo si se sospecha metástasis)</td><td>Cada 3 a 6 meses:
• Función renal
• Función hepática
• HC y PMC (si ha recibido quimioterapia)</td><td rowspan="2">Cada 6 a 12 meses:
• Citología urinaria
• Citología de lavado uretral (solo en caso de riesgo alto de recidiva)</td></tr>
<tr><td>Año 2</td><td rowspan="3">Una vez al año:
• Función renal
• Función hepática
• Nivel de vitamina B12 (solo por indicación del médico)</td></tr>
<tr><td>Año 3</td><td rowspan="3">Una vez al año:
• TC o RM de abdomen y pelvis
• TC o radiografía de tórax
• TEP/TC (solo si se sospecha metástasis)</td><td rowspan="3">Según las indicaciones de su médico:
• Citología urinaria
• Citología de lavado uretral (solo en caso de riesgo alto de recidiva)</td></tr>
<tr><td>Año 4</td></tr>
<tr><td>Año 5</td></tr>
<tr><td>Años 6 a 10</td><td>Una vez al año:
• Ecografía de los riñones</td><td rowspan="2">Una vez al año:
• Nivel de vitamina B12 (solo por indicación del médico)</td></tr>
<tr><td>Después de 10 años</td><td>Según las indicaciones de su médico</td></tr>
</table>

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 lo elimina (persistencia), es útil saber cómo afrontarlo.

El tratamiento del cáncer de vejiga músculo-invasivo recidivante o persistente se basa en los resultados de las pruebas de seguimiento y en si le han extirpado o no la vejiga.

Guía 12
Pruebas de seguimiento después del tratamiento de preservación de vejiga para el cáncer de vejiga músculo-invasivo

<table>
<tr><th></th><th>Cistoscopía</th><th>Estudios de diagnóstico por imágenes</th><th>Análisis de sangre</th><th>Análisis de orina</th></tr>
<tr><td>Año 1</td><td rowspan="2">Cada 3 meses</td><td rowspan="2">Cada 3 a 6 meses:
• Urografía (TC o RM)
• TC o radiografía de tórax
• TEP/TC con FDG (solo si se sospecha metástasis)</td><td>Cada 3 a 6 meses:
• Función renal
• Función hepática
• HC y PMC (si ha recibido quimioterapia)</td><td rowspan="2">Cada 6 a 12 meses:
• Citología urinaria</td></tr>
<tr><td>Año 2</td><td rowspan="5">Según las indicaciones de su médico:
• Función renal
• Función hepática</td></tr>
<tr><td>Año 3</td><td rowspan="2">Cada 6 meses</td><td rowspan="2">Una vez al año:
• TC o RM de abdomen y pelvis
• TC o radiografía de tórax
• TEP/TC con FDG (solo si se sospecha metástasis)</td><td rowspan="4">Según las indicaciones de su médico:
• Citología urinaria</td></tr>
<tr><td>Año 4</td></tr>
<tr><td>Año 5</td><td rowspan="2">Una vez al año</td><td rowspan="2">Según las indicaciones de su médico</td></tr>
<tr><td>Años 6 a 10</td></tr>
<tr><td>Después de 10 años</td><td>Según las indicaciones de su médico</td><td></td></tr>
</table>

Si le extirparon la vejiga

Si le extirparon la vejiga, pero el cáncer ha regresado, le harán más pruebas para localizar exactamente dónde está el cáncer.

El tratamiento del cáncer recidivante si le extirparon la vejiga puede incluir un tratamiento sistémico, como quimioterapia, inmunoterapia o tratamiento dirigido, o radioterapia para aliviar el dolor.

Si no le extirparon la vejiga

Si se detecta cáncer en una persona a la que no se le extirpó 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 que el cáncer reapareció 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 bacilo de Calmette-Guérin (BCG), resección transuretral del tumor vesical (RTUV) o cistectomía radical.
- **Ha invadido la capa muscular**: estos tumores suelen tratarse con una cistectomía radical. La quimiorradiación también es una opción si no ha recibido radioterapia antes. 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 algún lugar del 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 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.

¿Cuál es el siguiente paso?

Si ha recibido tratamiento para el cáncer recidivante o persistente, seguirá haciéndose pruebas y acudiendo a consultas de seguimiento para vigilar si el cáncer reaparece o progresa. 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 a 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 más información, consulte el *Capítulo 8: Tratamiento complementario y otra asistencia*.

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. El cáncer de vejiga en estadios 2, 3 y 4 es músculo-invasivo.
- La cistectomía radical es el tratamiento principal para las personas con cáncer de vejiga en estadio 2 o 3A que tienen una salud adecuada como para someterse a una cirugía. A menudo, se administra quimioterapia antes de la cirugía para reducir el tamaño del tumor. A veces, a la quimioterapia se le agrega inmunoterapia antes y después de la cirugía.
- Cuando no se puede realizar una cistectomía radical o usted no desea someterse a una, las opciones de tratamiento incluyen la resección transuretral del tumor vesical (RTUV) y quimiorradiación, o radioterapia como tratamiento único.
- El principal tratamiento del cáncer de vejiga en estadio 3B y 4A es el tratamiento sistémico. A veces, también es necesario un tratamiento adicional.
- 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.

Preguntas para hacer

- ¿Ofrece este hospital o centro el mejor tratamiento para mí?
- ¿De qué manera repercuten en las opciones mi edad, sexo, estado de salud general y otros factores?
- ¿Cómo sabrá si el tratamiento es eficaz? ¿Cuáles son mis opciones si el tratamiento deja de funcionar?
- ¿Sugieren opciones de tratamiento de NCCN Guidelines o modificaron el tratamiento estándar en mi caso?
- Si me someto a una cistectomía radical con derivación urinaria, ¿qué se puede hacer para preservar mi función urinaria y sexual?

7

Tratamiento del cáncer de vejiga metastásico

66 Cáncer de vejiga en estadio 4B

66 Pruebas para planificar el tratamiento

67 Tratamiento de primera línea

69 Siguientes opciones de tratamiento

71 ¿Cuál es el siguiente paso?

72 Puntos clave

72 Preguntas para hacer

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 brindarle ayuda para vivir lo más normal y cómodamente posible, durante el mayor tiempo posible.

Cáncer de vejiga en estadio 4B

El estadio 4B es el cáncer de vejiga metastásico. Este cáncer ha crecido y atravesado la pared de la vejiga y se ha extendido (ha hecho metástasis) a los ganglios linfáticos o 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 mientras 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.

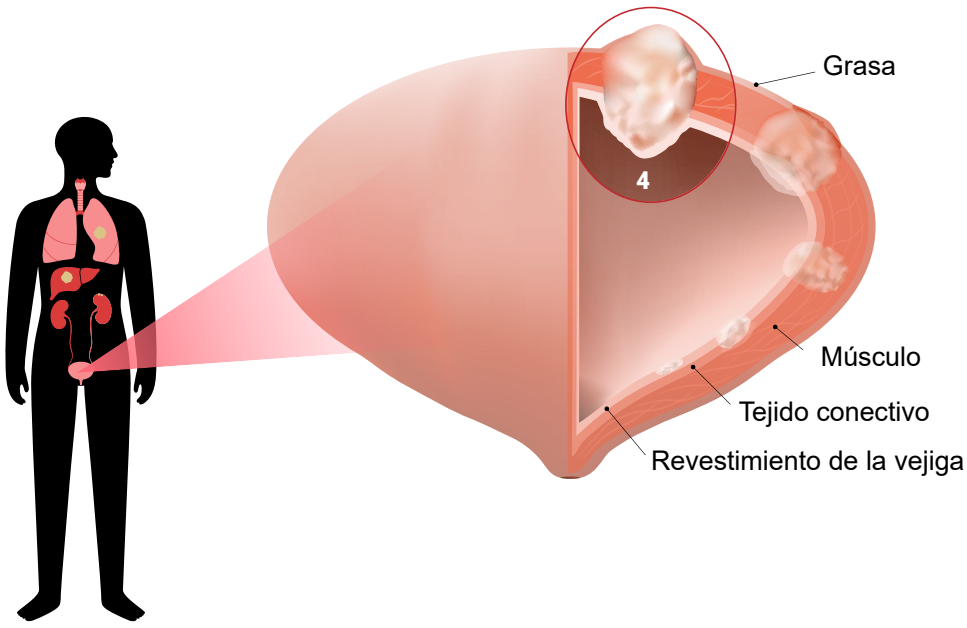
Recibir un diagnóstico de cáncer de vejiga metastásico es muy difícil. Puede causar mucha ansiedad y estrés. Hablar de ello con médicos, enfermeros, terapeutas o asesores, así como con otras personas con cáncer de vejiga puede ser útil. Pregunte a su equipo de tratamiento por los recursos disponibles y consulte la página 80 para obtener una lista de otros recursos.

Pruebas para planificar el tratamiento

Antes del tratamiento, deberá realizarse más pruebas para averiguar cuántas 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.

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.



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 médica 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 la capacidad de su cuerpo para tolerar un tratamiento intenso.

Los estudios pueden incluir los siguientes:

- Gammagrafía ósea o RM para detectar cáncer en los huesos.
- TC del tórax para detectar cáncer en los pulmones y otros órganos.
- TC o RM 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 de biomarcadores para confirmar que puede recibir ciertos 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 13**. Se denominan tratamientos de primera línea porque son los que tienen más probabilidades de funcionar, por lo que deben utilizarse primero.

Guía 13
Tratamiento sistémico inicial para el cáncer de vejiga en estadio 4B

	Tratamiento	Tratamiento de mantenimiento
Tratamiento preferido	Enfortumab vedotina (Padcev) y pembrolizumab (Keytruda)	
Otros tratamientos recomendados	Cisplatino y gemcitabina	Avelumab (Bavencio)
	Cisplatino, gemcitabina y nivolumab (Opdivo)	Avelumab
	Dosis densa de metotrexato, vinblastina, doxorrubicina y cisplatino (ddMVAC)	Avelumab
Tratamientos utilizados en determinados casos	Carboplatino y gemcitabina	Avelumab
	Pembrolizumab	
	Atezolizumab (Tecentriq)	

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 (enfortumab vedotina, Padcev) e inmunoterapia (pembrolizumab, 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 el cáncer no ha crecido ni se ha extendido, es posible que reciba un tratamiento de mantenimiento para conservar los beneficios de la quimioterapia de primera línea y desacelerar el crecimiento del cáncer.

El tratamiento de mantenimiento suele incluir el inhibidor del punto de control inmunitario avelumab (Bavencio) o, a veces, nivolumab (Opdivo).

El tratamiento de mantenimiento no suele ser 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.

> **“Defienda sus intereses. 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”.**

Como este tipo de radiación no tiene como objetivo curar el cáncer, pueden administrarse dosis más bajas. Esto reduce los efectos secundarios comúnmente asociados con la radioterapia. 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.

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 14**.

Si el cáncer se mantiene igual o mejora, es probable que siga recibiendo el mismo tratamiento.

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

Siguientes opciones de tratamiento

Si el cáncer progresa después del tratamiento de primera línea, existen otros tratamientos que puede recibir a continuación. Las siguientes opciones de tratamiento recomendadas se enumeran en la **Guía 15**. Estas opciones dependen del tratamiento de primera línea que haya recibido.

Si recibió quimioterapia como tratamiento de primera línea, las siguientes opciones de tratamiento preferidas son pembrolizumab, enfortumab vedotina, enfortumab vedotina y pembrolizumab combinados, nivolumab o avelumab.

Si los análisis muestran que su cáncer tiene un biomarcador específico, podría recibir erdafitinib (Balversa) si se trata de un cambio en el gen *FGFR3* o trastuzumab deruxtecan (Enhertu) si produce demasiada proteína HER2.

Si su tratamiento de primera línea fue inmunoterapia como pembrolizumab, nivolumab o atezolizumab (Tecentriq), las siguientes opciones de tratamiento preferidas incluyen enfortumab vedotina o enfortumab vedotina y pembrolizumab combinados.

Las opciones de quimioterapia preferidas incluyen combinaciones de gemcitabina y carboplatino, gemcitabina y cisplatino, o metotrexato, vinblastina, doxorrubicina y cisplatino (ddMVAC).

Guía 14
Pruebas de seguimiento después del tratamiento de primera línea del cáncer de vejiga en estadio 4B

Prueba	Frecuencia de la prueba
Cistoscopía	**Según las indicaciones de su médico**
Estudios de diagnóstico por imágenes	**Cada 3 a 6 meses, o antes si hay algún cambio o síntomas nuevos:** • Urografía (TC o RM) • TC o TEP/TC de tórax, abdomen y pelvis • TEP/TC
Análisis de sangre	**Cada 1 a 3 meses:** • Hemograma completo (HC), perfil metabólico completo (PMC) **Una vez al año:** • Nivel de vitamina B12 si se sometió a una cistectomía y si el médico lo indica
Análisis de orina	**Según las indicaciones de su médico:** • Citología urinaria

Guía 15
Siguientes opciones de tratamiento sistémico para el cáncer de vejiga metastásico en estadio 4B

¿Cuál fue su tratamiento inicial?	Opciones preferidas para continuar el tratamiento	Otras opciones recomendadas para continuar el tratamiento
Inmunoterapia y quimioterapia dirigida (enfortumab vedotina, Padcev)	• Tratamiento dirigido a biomarcadores: – Erdafitinib (Balversa) – Trastuzumab deruxtecan (Enhertu) • Cisplatino y gemcitabina • Dosis densa de metotrexato, vinblastina, doxorrubicina y cisplatino (ddMVAC) • Carboplatino y gemcitabina	• Gemcitabina • Paclitaxel (Taxol) o docetaxel
Quimioterapia	• Enfortumab vedotina y pembrolizumab (Keytruda)	• Pembrolizumab • Tratamiento dirigido a biomarcadores: – Erdafitinib – Trastuzumab deruxtecan • Enfortumab vedotina • Avelumab (Bavencio) • Nivolumab (Opdivo)
Inmunoterapia	• Tratamiento dirigido a biomarcadores: – Erdafitinib – Trastuzumab deruxtecan • Carboplatino y gemcitabina • Cisplatino y gemcitabina • ddMVAC • Enfortumab vedotina • Enfortumab vedotina y pembrolizumab	• Gemcitabina • Paclitaxel o docetaxel
Quimioterapia e inmunoterapia	• Enfortumab vedotina • Tratamiento dirigido a biomarcadores: – Erdafitinib – Trastuzumab deruxtecan	• Cisplatino y gemcitabina • ddMVAC • Enfortumab vedotina y pembrolizumab • Gemcitabina • Paclitaxel o docetaxel • Doxorrubicina, gemcitabina e ifosfamida • Gemcitabina y paclitaxel

Si su tratamiento anterior incluía inmunoterapia y enfortumab vedotina, las siguientes opciones de tratamiento preferidas incluyen combinaciones de quimioterapia de ddMVAC, gemcitabina y cisplatino, o gemcitabina y carboplatino.

Si ha recibido tratamiento con quimioterapia e inmunoterapia, la siguiente opción de tratamiento preferida es enfortumab vedotina.

Si los análisis muestran que el cáncer tiene un biomarcador específico, podría recibir erdafitinib (Balversa) si se trata de un cambio en el gen *FGFR3* o trastuzumab deruxtecan (Enhertu) si produce demasiada proteína HER2.

Otros tratamientos recomendados que figuran en la **Guía 15** pueden ser útiles en determinadas situaciones, según el tratamiento que ya haya recibido.

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 ayude en los siguientes casos:

- El cáncer no avanza rápidamente.
- 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 los pulmones, por ejemplo).

¿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 asistir a las consultas de seguimiento y permanecer en contacto con su equipo de atención médica. Como siempre, puede pedir participar 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 hay poca 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 médica. Ellos pueden recomendarle profesionales que le brinden ayuda para afrontar estos sentimientos y darle orientación en los próximos pasos.

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: Tratamiento complementario y otra asistencia*.

Puntos clave

- El tratamiento del cáncer de vejiga metastásico se centra en brindarle ayuda para 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.
- Se le realizarán 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 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.

Preguntas para hacer

- ¿Cómo sabrá si el tratamiento es eficaz? ¿Cuáles son mis opciones si el tratamiento deja de funcionar?
- ¿Cuánto tiempo tengo para decidir sobre el tratamiento? ¿Hay algún asistente social o alguien que pueda ayudarme a decidir?
- ¿Sugieren opciones de tratamiento de NCCN Guidelines o modificaron el tratamiento estándar en mi caso?
- ¿Existen algunas opciones de ensayos clínicos para mí?



¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para completar una encuesta en línea sobre NCCN Guidelines for Patients.
NCCN.org/patients/response

8

Tratamiento complementario y otra asistencia

74 Tratamiento complementario

74 Ansiedad y depresión

75 Preocupaciones económicas

75 Planificación anticipada de la atención

78 Puntos clave

78 Preguntas para hacer

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 que ayudarán a que se sienta mejor y a responder a sus preguntas.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario es una parte importante de su atención oncológica. Tiene como objetivo mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este.
El tratamiento complementario es para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida.

Incluye una amplia variedad de servicios. Previene o trata los síntomas del cáncer y los efectos secundarios de su tratamiento, como el dolor y la fatiga relacionada con el cáncer. También aborda los problemas mentales, sociales, emocionales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer.

El tratamiento complementario proporciona ayuda con otras necesidades, por ejemplo:

- Toma de decisiones sobre el tratamiento
- Coordinación de la atención médica
- Pago de la atención médica
- Planificación anticipada de la atención y planificación relacionada con el final de la vida

Algunos profesionales de la salud se refieren a los cuidados paliativos como tratamiento complementario. Consideran que estos tipos de tratamientos son similares o que se superponen. Otros creen que existen diferencias importantes, pero ambos ayudan a las personas con cáncer a vivir de la mejor manera posible.

Su centro oncológico puede contar con especialistas en cuidados paliativos que pueden darle asistencia adicional y coordinar sus necesidades de tratamientos complementarios.

Lea más sobre los tipos de apoyo que puede recibir en *NCCN Guidelines for Patients: Cuidados paliativos* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Ansiedad y depresión

Muchas personas con cáncer tienen síntomas de malestar emocional, 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. Los asesores oncológicos, los trabajadores sociales y otros expertos de su centro oncológico pueden ayudar. 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 80.

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 brindarle ayuda para encontrar asistencia económica y opciones de transporte.

También puede preguntarles sobre el trabajo, el seguro y la gestión de los costos médicos.

Si su médico u otros miembros de su equipo de atención médica no hablan sobre 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 avanza 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 cuando se inicia el tratamiento.

La planificación anticipada de la atención significa decidir qué cuidados desearía recibir en caso de no poder tomar decisiones médicas por su cuenta.

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



Ayuda a garantizar que sus deseos se entiendan y se respeten.

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 demás seres queridos que probablemente le acompañen hasta el final de su vida.

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.

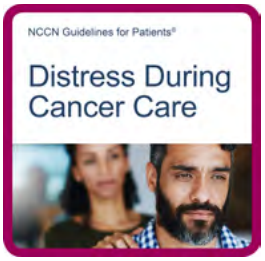
Una vez que haya tomado estas decisiones, deberá completar un documento legal en el que se explique lo que desea que se haga en caso de que no pueda comunicárselo por su cuenta a su equipo de atención médica. Este documento se denomina voluntad anticipada. Los médicos están obligados a seguir las instrucciones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

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 ser un obstáculo, 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.

Puede encontrar más información sobre el cáncer y el malestar emocional en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Informe a su equipo de atención médica y a su familia sobre su voluntad anticipada y su contenido. Entregue una copia 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 médica 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 esperanza 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.

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.

> **“Informe a su médico si tiene sentimientos inusuales de tristeza, pérdida de interés en las actividades, ansiedad o problemas de sueño. Muchas personas tienen estos sentimientos y no deben quedar sin tratamiento”.**

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 asistencia 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 centran en la comodidad y la calidad de vida.

Preguntas para hacer

- ¿Con quién puedo hablar sobre mis sentimientos de tristeza o ansiedad?
- ¿Puede alguien ayudarme a encontrar un grupo de apoyo local o regional?
- ¿Cubrirá mi seguro los tratamientos que me recomiende? ¿Cuánto debo pagar por mi cuenta?
- ¿Requiere mi seguro una autorización previa antes de iniciar el tratamiento?
- ¿Con quién puedo hablar sobre la planificación anticipada de la atención?

9
Otros recursos

80 Qué más hay que saber

80 Qué más hacer

80 Dónde obtener ayuda

81 Preguntas para hacer

¿Quiere saber más? Aquí le explicamos cómo obtener ayuda adicional.

Qué más hay que saber

En esta guía, encontrará ayuda para conocer las opciones disponibles, de modo que pueda tomar decisiones informadas y mejorar su atención oncológica. Pero no es el único recurso que tiene.

Solicite toda la información posible y la ayuda que necesite. A muchas personas con cáncer de vejiga les interesa saber más sobre los siguientes temas:

- Encontrar un oncólogo que sea experto en cáncer de vejiga.
- Tomar decisiones de forma compartida y formar parte del equipo de atención médica del cáncer.
- Vivir cómodamente con una derivación urinaria.
- Entender las probabilidades de recidiva del cáncer.
- Obtener ayuda económica.
- Lidiar con otros problemas de salud.

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudar con los próximos pasos. Generalmente, dispone de recursos *in situ* para ayudar a satisfacer sus necesidades y encontrar respuestas a sus preguntas. Los centros de salud también pueden informarle de los recursos existentes en su comunidad.

Además de la ayuda de sus profesionales de atención médica, los recursos enumerados en la siguiente sección proporcionan apoyo a muchas personas como usted.

Dónde obtener ayuda

Consulte la lista a continuación y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

Bladder Cancer Advocacy Network
bcan.org

Cancer*Care*
cancercare.org

Cancer Hope Network
cancerhopenetwork.org

GRACE
cancergrace.org

Imerman Angels
imermanangels.org

PAN Foundation
panfoundation.org

Triage Cancer
triagecancer.org

United Ostomy Associations of America (UOAA)
ostomy.org

Urology Care Foundation
urologyhealth.org

Preguntas para hacer

- ¿Con quién debo hablar sobre vivienda, preparación de comidas y otras necesidades básicas?
- ¿Qué ayudas existen para el transporte, el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿Qué otros servicios están a mi disposición y a la de mis cuidadores?
- ¿Cómo me conecto con otras personas para crear un sistema de apoyo?
- ¿Con quién puedo hablar si no siento seguridad en mi casa, el trabajo o mi barrio?



¡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

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.

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 del tracto urinario.

cistectomía
Cirugía en la que se extirpa total o parcialmente la vejiga.

cistectomía radical
Cirugía que consiste en extirpar la vejiga, los ganglios linfáticos cercanos y otros órganos de la pelvis.

cistoscopía
Procedimiento para 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
Prueba de laboratorio que se realiza en la orina para detectar células cancerosas o precancerosas.

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

derivación urinaria
Cirugía que crea una nueva vía de salida de la orina del cuerpo después de una cistectomía radical.

estadio
Una clasificación de la extensión del cáncer en el cuerpo.

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.

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.

neovejiga
Derivación urinaria en la que una parte del intestino delgado se usa para hacer un nuevo reservorio urinario, que está conectado directamente a la uretra.

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.

quimioterapia de dosis densa
Método que reduce el tiempo entre tratamientos para acelerar la quimioterapia.

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

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

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

resección transuretral del tumor vesical (RTUV)
Cirugía para extirpar tumores de vejiga a través de la uretra sin necesidad de realizar incisiones en el abdomen.

reservorio urinario continente
Derivación urinaria en la que una porción del intestino grueso se utiliza como bolsa para contener la orina. También se denomina bolsa de Indiana.

resonancia magnética (RM)
Estudio de diagnóstico por imágenes que usa ondas de radio e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo.

tomografía computarizada (TC)
Estudio de diagnóstico por imágenes que usa rayos X de varios ángulos para tomar una serie de imágenes del interior del cuerpo.

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 que puede dirigirse a tipos específicos de células cancerosas y atacarlos.

tratamiento intravesical
Tratamiento en el que se utiliza un catéter para introducir medicamentos directamente en la vejiga.

tratamiento sistémico
Tratamiento que actúa en todo el cuerpo.

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

ureteroscopía
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 del tracto urinario.

vigilancia
Pruebas continuas después del 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 2.2026. 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

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

La Guía NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer de vejiga, versión 2.2026 fue elaborada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

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

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

Dr. Michael Abern
Duke Cancer Institute

Dr. Yi An
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

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

Dr. Jovan Begovic
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dr. Jason Brown, doctor en Medicina
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

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

Dr. Kevin Chan
City of Hope National Medical Center

Dr. Paul Chang
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dr. Arnold I. Chin, doctor en Medicina
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dr. Khurshid A. Guru
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dr. Harry W. Herr
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dra. Jean Hoffman-Censits
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

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

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

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

Dra. Amy Luckenbaugh
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dr. Jonathan Maldonado
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

Dr. Lin Mei
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

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

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

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

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

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

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

Dr. Kyle Richards
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Dr. Steven Seyedin
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

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

Dr. Tyler Stewart
UC San Diego Moores Cancer Center

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

Dr. Umang Swami, máster en Ciencias
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Dr. Matthew Tollefson
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

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

NCCN

Carly J. Cassara, máster en Ciencias
Especialista en Diseño de Guías

Bailee Sliker, doctora en Medicina
Científica en Oncología/redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite NCCN.org/disclosures.

Centros oncológicos de NCCN

Para obtener información de contacto, visite NCCN.org/cancercenters.

Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania

Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio

City of Hope National Medical Center
Duarte, California

Dana-Farber Cancer Institute
Boston, Massachusetts

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington

Huntsman Cancer Institute, University of Utah
Salt Lake City, Utah

Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center
Indianápolis, Indiana

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland

Mass General Brigham Cancer Institute
Boston, Massachusetts

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
Nueva York, Nueva York

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB
Birmingham, Alabama

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Northwestern University
Chicago, Illinois

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Búfalo, Nueva York

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine
San Luis, Misuri

St. Jude Children's Research Hospital/ The University of Tennessee Health Science Center
Memphis, Tennessee

Stanford Cancer Institute
Stanford, California

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute
Columbus, Ohio

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California

UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Míchigan

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin

UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut

Notas

Índice

bacilo de Calmette-Guérin (BCG) 29-31, 43-44, 63

biopsia 12-13, 47, 63

cáncer metastásico (metástasis) 5, 6, 57, 58-60, 65-71

carcinoma *in situ* (CIS) 21, 41, 55

cistectomía radical 26-27, 36, 51-52, 53-55, 60

cistoscopía 12-13, 46

citología urinaria 11, 47, 63

derivación urinaria 27, 60

disfunción sexual 27, 37

efectos secundarios 13, 27, 29-30, 36-37, 74

ensayo clínico 25, 35-36, 68

estadificación 19-21

estudios genéticos 16-17

examen bajo anestesia 16, 26

grado del cáncer 19, 22

hematuria (sangre en orina) 11

incontinencia urinaria 28, 37

inmunoterapia 6, 33-34, 37, 52

mutación 16-17, 33

planificación anticipada de la atención 75-77

progresión 42, 46-47

quimiorradiación 34, 53, 55

quimioterapia 30, 32-34, 37, 51-52, 54, 58-59, 68-70

radioterapia 25, 34, 53, 68

recidiva 42-43, 46-47, 62-63

resección transuretral del tumor vesical (RTUV) 16, 25-26

RM 41

subtipo 22

TC 14, 67

TEP/TC 14

tratamiento complementario 7, 37, 44, 71, 74

tratamiento dirigido 33

tratamiento intravesical 25, 29-31, 37, 42

ureteroscopía 12, 47

urografía 14-15

NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Cáncer de vejiga



El camino hacia el futuro comienza aquí.

Donar ahora

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

NCCN Foundation agradece profundamente al siguiente colaborador por ayudar a hacer posible estas NCCN Guidelines for Patients: AstraZeneca

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-1981-1026