

Cáncer de vejiga

¿Qué es el
cáncer de vejiga?

Déjenos
explicárselo.

www.anticancerfund.org | www.esmo.org

CÁNCER DE VEJIGA: UNA GUÍA PARA PACIENTES

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE BASADA EN LA GUÍA CLÍNICA DE LA ESMO

Esta guía para pacientes ha sido elaborada por la Fundación Contra el Cáncer como un servicio a los pacientes, con el objetivo de servirles de ayuda, tanto a ellos como a sus familiares, para que comprendan con más exactitud la naturaleza del cáncer de vejiga y aprecien las mejores opciones de tratamiento a su disposición según el subtipo de su enfermedad. Recomendamos a los pacientes que pregunten a sus médicos qué pruebas o tipos de tratamiento son necesarios para su tipo y estadio de la enfermedad. La información médica descrita en este documento se basa en las pautas para la práctica clínica de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) para la gestión y el tratamiento del cáncer de vejiga. La guía para pacientes ha sido producida en colaboración con la ESMO y se divulga con su permiso. Ha sido elaborada por un médico y revisada por dos oncólogos de la ESMO, uno de los cuales es el autor principal de la Guía de Práctica Clínica para Profesionales. También ha sido revisada por representantes de pacientes del Cancer Patient Working Group (Grupo de trabajo de pacientes con cáncer) de la ESMO.

Más información acerca de la Fundación Contra el Cáncer: www.anticancerfund.org

Más información acerca de la European Society for Medical Oncology: www.esmo.org

Las palabras marcadas con asterisco figuran con su definición al final de este documento.

Índice

Hoja informativa sobre el cáncer de vejiga.....	3
Definición de cáncer de vejiga	5
¿Es frecuente el cáncer de vejiga?	6
¿Qué causa el cáncer de vejiga?	7
¿Cómo se diagnostica el cáncer de vejiga?	9
¿Qué es importante saber para definir el tratamiento óptimo?	11
¿Cuáles son las opciones de tratamiento?	14
¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de los tratamientos?	19
¿Qué pasa después del tratamiento?	22
Definiciones de palabras difíciles.....	24

Este texto ha sido escrito por el Dr An Billiau, Celsus Medical Writing, LLC (para la Fundación Contra el Cáncer) y revisado por la Dra. Svetlana Jezdic (ESMO), Pr. Joaquim Bellmunt (ESMO) y Pr. Louis Denis (Stoma-Ilco, Europa Uomo en nombre del Grupo de Trabajo para los Pacientes de Cáncer de la ESMO).

Esta es la primera actualización de esta guía. Las actualizaciones reflejan los cambios de la versión sucesiva de Guía de Práctica Clínica de la Esmo. Esta primera actualización fue hecha por la Dra. Ana Ugarte (ACF) y fue revisada por la Dra. Svetlana Jezdic (ESMO) y por la Dra. Vanessa Marchesi (ESMO).

Esta guía para pacientes ha sido traducida al español por un traductor profesional y validada por el Dr. Gustavo A. López.

HOJA INFORMATIVA SOBRE EL CÁNCER DE VEJIGA

Definición de cáncer de vejiga

Cáncer que se forma en las células de la vejiga. Esta guía se centra en el cáncer que aparece en el revestimiento interno de la vejiga, denominado cáncer de células transicionales. En cualquier caso, hay otros tipos de cáncer de vejiga que no son tratados en esta guía.

Diagnóstico

- Los síntomas comunes del cáncer de vejiga son problemas urinarios, sangre en la orina, dolor u obstrucción de orina, aunque estos síntomas no son específicos. La cistoscopia es un examen que permite la inspección del interior de la vejiga y la uretra para detectar la presencia de tumores.
- Existen pruebas específicas que ayudan a realizar el diagnóstico y la evaluación de la diseminación de la enfermedad. El diagnóstico puede confirmarse solamente a través de un examen histopatológico en el que las muestras del tejido del tumor son sometidas a examen en el laboratorio. Dicho examen revela las características específicas del tumor para determinar el tipo de cáncer de vejiga.

Tratamiento en función de la extensión de la enfermedad (clasificada en estadios)

- Enfermedad no músculo-invasiva (estadio 0a, estadio 0is, estadio I): implica la existencia de un tumor confinado en la mucosa (capa superficial de tejido del revestimiento de la vejiga).
 - Después de la cistoscopia todos los pacientes se someten a una resección transuretral (RTU)* del tumor de vejiga, procedimiento que podría resultar curativo en ciertos casos, puesto que podría extirparse todo el tumor.
 - En ocasiones, para evitar la recidiva de la enfermedad, podría administrarse una terapia adyuvante, como quimioterapia o inmunoterapia instiladas directamente en la vejiga.
 - Si estos tratamientos fracasaran, la extirpación de la vejiga (cistectomía) sería una opción.
- Cáncer de vejiga músculo-invasivo (estadio II, estadio III): implica la existencia de un tumor que ha invadido la capa de músculo de la vejiga o que se ha extendido a los tejidos que la circundan.
 - El tratamiento recomendado es la extirpación radical de la vejiga, incluyendo algunos órganos circundantes completa o parcialmente. Este proceso podría modificarse ligeramente para preservar en la mayor medida posible los órganos circundantes.
 - La quimioterapia o la radioterapia se recomiendan antes de la cirugía para mejorar el resultado. Si un paciente rechaza la cirugía o si no está en una condición física suficientemente buena para someterse a ella, la RTU o la RTU combinada con radioterapia y/o quimioterapia son opciones posibles,
- La enfermedad avanzada y metastásica (estadio IV) implica la presencia de un tumor que ha crecido a través de la vejiga hasta la pared de la pelvis o el abdomen, o más allá de estos hasta órganos distantes.
 - En este estadio es preferible la administración de quimioterapia, ya que es improbable que la cirugía logre ser curativa. Para determinados pacientes la cirugía y la administración de radioterapia tras la quimioterapia podrían ser beneficiosas.
 - La radioterapia también podría ser útil para aliviar dolor o sangrado.
- Tratamiento de la recidiva:
 - Está indicada la administración del fármaco de quimioterapia vinflunina junto a la mejor atención de apoyo disponible.
 - En caso de que fracasara, se propone quimioterapia basada en taxanos o platino.
 - Asimismo se anima a los pacientes a que participen en pruebas clínicas.

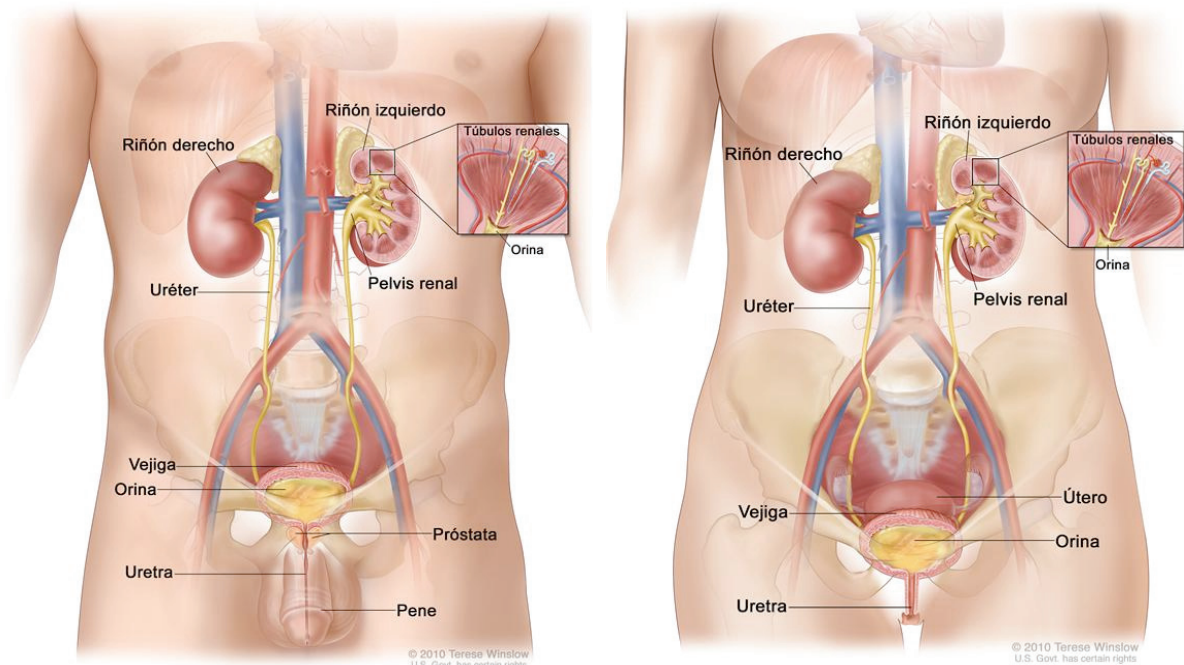
Seguimiento

Dependiendo del estadio y del riesgo de recidiva podrán realizarse diferentes pruebas durante las visitas programadas. En el caso de cáncer no músculo-invasivo, en los 2 primeros años estas visitas se fijarán cada 3 o 6 meses y, a partir de los 2 años, cada 6 o 12 meses, o con la frecuencia indicada por el equipo médico.

DEFINICIÓN DE CÁNCER DE VEJIGA

Esta definición se ha adaptado y ha sido usada con el permiso del National Cancer Institute ("Instituto Nacional del Cáncer" o NCI por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos de América

El cáncer de vejiga se forma en los tejidos de la vejiga, el órgano donde se almacena la orina. El tipo más frecuente de cáncer de vejiga (90%) es el *carcinoma de células de transición o de células transicionales**. Este tipo de cáncer comienza en las células que normalmente forman el revestimiento interior de la vejiga, también llamado *epitelio* transicional, epitelio* de transición* o urotelio**. Otros tipos incluyen el *carcinoma escamocelular**, un cáncer de vejiga que comienza en las células planas del revestimiento de la vejiga, y el *adenocarcinoma**, un cáncer que comienza en las células del revestimiento de la vejiga que producen moco, y otras formas poco comunes. Esta guía se refiere al carcinoma de células transicionales.



Anatomía del sistema urinario masculino (izda.) y femenino (dcha.) que muestra los riñones, uréteres*, vejiga y uretra*. La orina se elabora en los conductos renales* y se recoge en la pelvis renal*. La orina fluye desde los riñones a través de los uréteres a la vejiga. La orina se almacena en la vejiga hasta que abandona el cuerpo a través de la uretra*.

¿ES FRECUENTE EL CÁNCER DE VEJIGA?

Se calcula que en 2012, en Europa, se diagnosticaron aproximadamente 151.297 pacientes con cáncer de vejiga. El cáncer de vejiga es, por consiguiente, el quinto cáncer más habitual en Europa.

El cáncer de vejiga es aproximadamente cinco veces más frecuente en varones que en mujeres. Se calcula que en 2012, 17,7 de cada 100.000 varones y 3,5 de cada 100.000 mujeres sufrieron cáncer de vejiga. De todos los tipos de cáncer, el de vejiga es el cuarto más habitual en varones y el 13º más habitual en las mujeres.

En la Unión Europea, la posibilidad de que un hombre sufra cáncer de vejiga en algún momento de su vida es de entre el 1,5 % y el 2,5 %. Para los varones que viven en Flandes (Bélgica), Malta, España e Italia esta proporción es ligeramente superior: entre un 3,1 % y un 4,2 %. Para una mujer en la Unión Europea, la posibilidad de aparición de cáncer de vejiga en algún momento de su vida es inferior al 1 %.

El riesgo de aparición de cáncer de vejiga aumenta con la edad; en general, el 70 % de los pacientes que sufre cáncer de vejiga presenta síntomas después de los 65 años de edad.

¿QUÉ CAUSA EL CÁNCER DE VEJIGA?

Hoy en día no está muy claro qué provoca el cáncer de vejiga. Se han identificado diversos factores de riesgo*, pero en muchos casos ninguno parece estar presente. Un factor de riesgo* aumenta el riesgo de que se produzca el cáncer, pero no es suficiente ni necesario para causarlo; es decir, no es una causa en sí mismo.

Algunas personas con estos factores de riesgo nunca padecerán cáncer de vejiga, mientras que algunas sin dichos factores de riesgo sí lo harán, a pesar de no presentarlos.

Los principales factores de riesgo de cáncer de vejiga son:

- Envejecimiento: el cáncer de vejiga aparece con más frecuencia en las personas ancianas; en general, el 70 % de los pacientes que presenta cáncer de vejiga se diagnostica después de los 65 años de edad.
- Antecedentes de cáncer de vejiga.
- Tabaquismo (cigarrillos): fumar cigarrillos es el factor de riesgo más importante para el cáncer de vejiga. Dejar de fumar cigarrillos durante más de 4 años puede reducir el riesgo.
- Se han identificado diversas sustancias químicas que pueden causar cáncer de vejiga:
 - o Tintes de anilina: productos químicos que pueden estar en los tejidos de color.
 - o Ciclofosfamida: producto quimioterapéutico* que se utiliza para el tratamiento del cáncer.
 - o Aminas aromáticas: la exposición a estos productos químicos puede ocurrir en diversas ocupaciones, como el trabajo con pintura, cuero, automóviles, metal, papel y caucho, además de conductores de camión, personas que trabajan en tintorerías, técnicos dentales y peluqueros. En estas circunstancias, el cáncer de vejiga no aparece hasta después de entre 30 y 50 años después de la exposición.
 - o Arsénico: en una región taiwanesa en la que el agua contenía concentraciones elevadas de arsénico, se encontró una elevación del riesgo de cáncer de vejiga.
 - o Aristolochia fangchi: es una hierba china. Se halló un aumento del riesgo de cáncer de vejiga en las personas que habían usado un complemento alimenticio en el que se había agregado esta hierba por error.
- Irradiación: se cree que la exposición a una radiación ionizante* en la región de la vejiga, por ejemplo, durante la radioterapia* para el cáncer de próstata*, aumenta el riesgo de cáncer de vejiga.
- Algunos factores de riesgo* son especialmente importantes para un tipo específico de cáncer de vejiga, a saber, el *carcinoma escamocelular**, un tumor que viene provocado por la irritación o la inflamación crónicas de la vejiga. En los países occidentales, los principales factores de riesgo de *carcinoma escamocelular* incluyen una vejiga que funciona mal, la presencia prolongada de un catéter* en la vejiga, piedras en la vejiga o infección crónica de vejiga. En África y Oriente Próximo y Medio, un factor de riesgo importante para el *carcinoma escamocelular* es la infección por *Schistosoma hematobium*, un microbio habitual en estas regiones. Puede infectar la vejiga y derivar en inflamación crónica.



- Diabetes*: las personas con diabetes de tipo 2 presentan un aumento del riesgo de aparición de cáncer de vejiga.

Se sospecha que hay otros factores que están asociados con un mayor riesgo de cáncer de vejiga, pero la evidencia no es concluyente todavía.

- Café, edulcorantes artificiales y alcohol: no hay pruebas claras de que el consumo de estas sustancias produce riesgo de aparición de cáncer de vejiga.
- Agua del grifo con concentraciones elevadas de trihalometanos, productos de la descomposición del cloro utilizado para la desinfección: algunos estudios muestran que la ingesta prolongada de este tipo de agua del grifo puede aumentar el riesgo de cáncer de vejiga, pero la evidencia no es concluyente.
- Genes: en general, la existencia de un familiar con cáncer de vejiga implica un ligero aumento del riesgo de aparición de la enfermedad. El cáncer de vejiga como resultado de un gen defectuoso heredado* es muy raro.
- Un estudio ha demostrado que presentar exceso de peso se asocia con un aumento del cáncer de vejiga, pero otros estudios no han confirmado esta asociación.

Se han propuesto algunos factores para proteger contra la aparición del cáncer de vejiga, pero no hay pruebas claras de ello.

- Ingesta de líquidos: se ha propuesto que una elevada ingesta de líquidos puede reducir el riesgo de aparición del cáncer de vejiga en los varones, pero hay inconsistencias entre los estudios.
- Frutas y verduras: se dice que el consumo de frutas y vegetales tiene un efecto protector.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL CÁNCER DE VEJIGA?

El cáncer de vejiga puede diagnosticarse durante una exploración física de rutina o puede sospecharse basándose en síntomas específicos.

Los síntomas principales son:

- Sangre en la orina (llamado *hematuria*): suele ser indoloro y lo experimenta el 85 % de los pacientes de cáncer de vejiga.
- Problemas urinarios: necesidad de orinar con más frecuencia de lo habitual (llamada frecuencia urinaria), necesidad de orinar con urgencia (llamada urgencia urinaria) o dolor al orinar (llamado *disuria*).

Sin embargo, estos síntomas no son específicos del cáncer de vejiga y también pueden producirse en muchos trastornos no relacionados con el cáncer, como la infección de las vías urinarias, piedras en el riñón o hiperplasia benigna de próstata*.

El cáncer de vejiga puede bloquear el flujo de orina de los riñones. La acumulación de orina en el riñón puede derivar en distensión del riñón (llamada *hidronefrosis*) y dolor.

Además de preguntar sobre los síntomas mencionados, el médico también realizará una exploración física general y pedirá análisis al laboratorio para conocer la cantidad de células en la sangre (hemograma) y la función renal.

El diagnóstico de cáncer de vejiga se basa en las exploraciones que se indican a continuación:

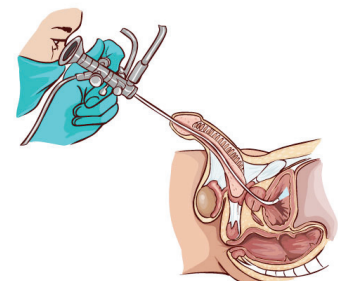
1. Examen clínico*

Una exploración física ofrece información sobre los signos del cáncer de vejiga y otros problemas de salud. El médico puede explorar el recto y la vagina (en mujeres) para determinar el tamaño del tumor de vejiga y ver si se ha diseminado y en qué medida.



2. Cistoscopia*

Es una exploración técnica de la vejiga: El médico inserta en la uretra* un tubo con luz y una cámara en su extremo para inspeccionar el interior de la vejiga y la uretra y comprobar si hay algún tumor. La cistoscopia puede realizarse en el consultorio del médico; con ayuda de gel anestésico* local, este procedimiento suele tolerarse bien. Sin embargo, la cistoscopia también puede realizarse con anestesia* general*, junto con la exploración* bimanual clínica (véase arriba) de la vejiga.



El médico puede insertar un instrumento quirúrgico fino en el tubo de cistoscopia para extirpar (con visión directa) muestras de tejido del tumor o de cualquier otra zona sospechosa. Esta muestra se denomina biopsia*. Para determinados cánceres de vejiga, el médico puede extirpar de inmediato el tumor completo: esto se denomina resección transuretral (RTU) de vejiga*. En este caso, la cistoscopia también constituye el primer paso del tratamiento.

En circunstancias específicas, el médico también inspeccionará los uréteres, un procedimiento denominado ureteroscopia*. En otras circunstancias, la cistoscopia también incluye la toma de biopsias* de la uretra*.

3. Citología de la orina*

Se trata de una prueba de laboratorio que se realiza para detectar la presencia de células tumorales en la orina.

4. Examen histopatológico*

Se trata de la investigación de las células tumorales en el laboratorio del tejido tumoral extraído durante la cistoscopia*. La información histopatológica* confirmará el diagnóstico de cáncer de vejiga y revelará las características específicas del tumor, lo que permite al médico determinar el tipo de cáncer de vejiga.



Si está indicada una operación quirúrgica después de la cistoscopia (habitualmente, RTU*), se realizará un segundo examen histopatológico sobre el tejido tumoral obtenido durante la operación quirúrgica. Esto es muy importante para confirmar los resultados de la primera biopsia* y para proporcionar información más precisa sobre el cáncer y en qué estadio se encuentra.

5. Exploración radiológica*

Si la exploración histopatológica* muestra que el tumor ha crecido en las capas más profundas (las capas musculares) de la vejiga, entonces se necesita una investigación radiológica para determinar si el tumor ha crecido también en los tejidos y los ganglios linfáticos* fuera de la vejiga.



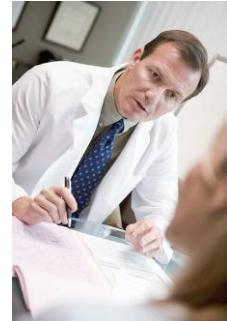
La investigación radiológica forma parte de un proceso diagnóstico denominado estadificación* y puede realizarse usando las imágenes obtenidas mediante tomografía computarizada* (TC) o resonancia magnética (RM)* de abdomen y pelvis. Dado que puede existir un tumor urotelial del tracto superior sincrónico en el 2,5% de los pacientes, debería llevarse a cabo la exploración con imágenes del tracto urinario superior tanto por medio de urogramas mediante TC o pieloramas intravenosos o retrógrados (un tipo de examen de rayos X especial de riñones, vejiga y uréteres). En los pacientes con un alto riesgo de metástasis, deberían realizarse pruebas adicionales; una TC de tórax y, si hay síntomas de diseminación tumoral en los huesos, también una centellografía* o gammagrafía ósea*.

¿QUÉ ES IMPORTANTE SABER PARA DEFINIR EL TRATAMIENTO ÓPTIMO?

Los médicos necesitan tomar en cuenta diferentes aspectos concernientes al paciente y a la enfermedad en sí para decidir cuál puede ser el mejor tratamiento.

Información relevante sobre el paciente

- Sexo
- Antecedentes médicos personales, enfermedades y tratamientos anteriores
- Antecedentes de cáncer de vejiga en sus familiares
- Estado general de salud y molestias físicas específicas
- Resultados del examen clínico*
- Resultados de las pruebas de laboratorio: hemograma, función renal y función hepática



Información relevante sobre el cáncer

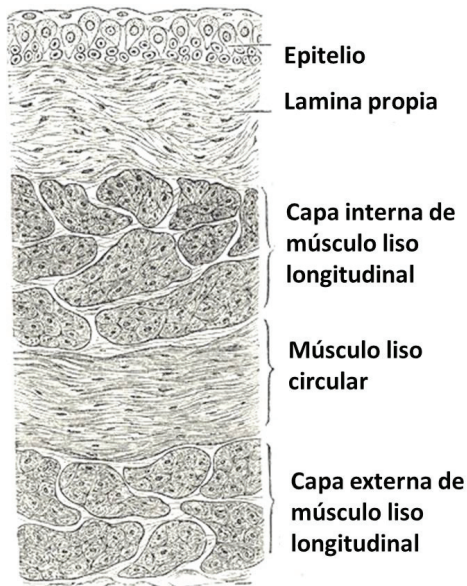
- Estadificación*

Los médicos usan la estadificación para evaluar la extensión del cáncer y el pronóstico* del paciente. Suele usarse el sistema de estadificación TNM, que combina el tamaño del tumor y la invasión* de los tejidos cercanos (T), la afectación de los ganglios linfáticos* (N) y la metástasis* o la extensión del cáncer a otros órganos del cuerpo (M) para clasificar el cáncer en uno de los estadios que se indican a continuación.

Saber el estadio* es fundamental para tomar la decisión correcta sobre el tratamiento. Cuanto menos avanzado es el estadio, mejor es el pronóstico*. La estadificación se realiza cuando se han terminado las investigaciones clínicas y radiológicas* y la exploración* histopatológica de la biopsia*. Si está indicada la cirugía, se realizará una segunda estadificación basándose en el examen histopatológico de la muestra obtenida.

La tabla que se muestra a continuación presenta los diferentes estadios del cáncer de vejiga. Las definiciones son algo técnicas, por lo que se recomienda que pida explicaciones más detalladas a su médico.

Estadio	Definición (véase la imagen de la pared de la vejiga a continuación)	Categoría
Estadio 0a	<i>Carcinoma papilar no invasivo</i> : El tumor se limita a las capas celulares más internas del revestimiento de la vejiga (el epitelio*)	Cáncer de vejiga sin invasión muscular
Estadio 0is	<i>Carcinoma in situ</i> , también conocido como <i>tumor plano</i> : tumor de gran malignidad que se limita a las capas celulares más internas del revestimiento de la vejiga (el epitelio*)	
Estadio I	El tumor invade el tejido conectivo más profundo del revestimiento de la vejiga (la lamina propia*)	
Estadio II	El tumor invade el músculo de la vejiga. El estadio II se divide en dos estadios: T2a: el tumor invade la mitad interior del músculo de la vejiga T2b: el tumor invade la mitad exterior del músculo de la vejiga	Cáncer de vejiga con invasión muscular
Estadio III	El tumor invade los tejidos que rodean la vejiga. El estadio III se divide en tres estadios: T3a: invasión microscópica* T3b: invasión macroscópica* T4a: invasión de los órganos que rodean la vejiga: la próstata* en varones, el útero o la vagina (o ambos) en mujeres	
Estadio IV	El tumor invade la pared pélvica o abdominal, o El tumor viene acompañado de metástasis* en los ganglios linfáticos* o en un órgano alejado de la vejiga	Enfermedad metastásica y en estadio avanzado



Capas de la pared de la vejiga que muestran la mucosa* (el revestimiento de la vejiga, que consta de epitelio* y lamina propia*) y las capas musculares.

- **Resultados de la biopsia***

Un patólogo* examina en laboratorio el tejido de la biopsia del tumor. Este examen se llama histopatología*. Si se realiza una operación quirúrgica después de la cistoscopia*, el examen histopatológico implica la exploración del tumor y de los ganglios linfáticos* extraídos durante la operación quirúrgica. Es muy importante para confirmar los resultados de la biopsia y ofrecer más información sobre el estadio del cáncer. Los resultados del examen de la biopsia incluyen:

- **Tipo histológico***

El tipo histológico hace referencia al tipo de células que componen el tumor. Aproximadamente un 90 % de los cánceres de vejiga son *carcinomas de células transicionales**. Esta guía trata sobre el carcinoma de células transicionales, también llamado carcinoma urotelial: tumor que se forma a partir del epitelio transicional. El epitelio transicional consiste en varias capas de células que pueden cambiar su forma cuando la vejiga se expande y que revisten la pared interior de la vejiga.

El 10 % restante se compone, en su mayoría, de *carcinoma escamocelular** y *adenocarcinoma**. Son muy raros otros tipos histológicos.

- **Grado***

El grado se determina basándose en la diferencia entre el aspecto de las células tumorales y el de las células que suelen encontrarse en un revestimiento sano de la vejiga. Las características anómalas indican la velocidad a la que se multiplican las células y en qué medida son invasivas. Para el cáncer de vejiga, hay cuatro grados diferentes:

- *Papiloma urotelial*: tumor compuesto de células no malignas.
- *Neoplasia urotelial papilar de bajo potencial maligno (NUPBPM)*: tumor compuesto de células no malignas que suele estar cubierto de una capa engrosada de epitelio transicional*.
- *Carcinoma urotelial de bajo grado*: tumor maligno que crece con lentitud y cuya diseminación es poco probable.
- *Carcinoma urotelial de alto grado*: tumor maligno que crece con más rapidez y cuya probabilidad de diseminación es más elevada.

¿CUÁLES SON LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO?

La planificación del tratamiento implica a un equipo de profesionales de diferentes disciplinas médicas. Esta reunión de diferentes especialistas se denomina opinión multi- o interdisciplinar*, o revisión del comité de tumores. En esta reunión se comentará la planificación del tratamiento de acuerdo con la información pertinente que se menciona arriba.

El tratamiento suele combinar tratamientos que

- actúan sobre el cáncer a nivel local, como cirugía, radioterapia*, quimioterapia* local o inmunoterapia* local
- actúan sobre las células cancerosas de todo el cuerpo utilizando quimioterapia sistémica



El tratamiento exacto dependerá del estadio del cáncer, de las características del tumor y de los riesgos para el paciente.

Los tratamientos indicados a continuación tienen sus beneficios, riesgos y contraindicaciones*. Se recomienda a los pacientes que pregunten a sus médicos acerca de los beneficios y riesgos esperados de cada tratamiento para obtener información sobre sus consecuencias. Se dispone de varias posibilidades para algunos tipos de tratamiento y la elección debe realizarse buscando un equilibrio entre sus riesgos y beneficios.

Plan de tratamiento para enfermedad sin invasión muscular (estadios 0a, 0is, I)

En estos estadios, el tumor se limita a la capa superficial de la pared de la vejiga (mucosa) y no invade su músculo. El objetivo principal del tratamiento es extirpar el tumor local quirúrgicamente durante una RTU* de la vejiga. Sin embargo, se recomienda la administración de tratamiento local en la vejiga (denominado tratamiento intravesical* coadyuvante*), ya que reduce el riesgo de recurrencia* o progresión* de la enfermedad.*

El tipo de tratamiento adyuvante depende del riesgo de progresión y recurrencia*: para cada paciente con tumor en estadios 0a o I, se calcula utilizando un sistema de puntuación basado en varias características específicas del tumor.*

Cistoscopia* y resección transuretral (RTU)* del tumor de la vejiga

Después de una cistoscopia inicial, todos los pacientes se someten a una RTU. Con frecuencia se extirpa el tumor completo y, en ese caso, la RTU es el tratamiento definitivo. Sin embargo, en ocasiones se recomienda la administración adicional de tratamiento (que se denomina tratamiento* adyuvante, adyuvante* o auxiliar) con fármacos aplicados directamente en la vejiga (denominado tratamiento *intravesical**). El tipo de tratamiento adicional no solo depende del riesgo individual de recurrencia* y progresión*, sino también de la capacidad del paciente para tolerar los efectos secundarios*.

En pacientes seleccionados con tumores de alto riesgo, se recomienda una segunda RTU bien antes o después del tratamiento intravesical, para contribuir a detectar enfermedad residual y proporcionar una estadificación más exacta.

Quimioterapia* o inmunoterapia* intravesicales*

Para reducir el riesgo de recurrencia* y progresión*, todos los pacientes que se hayan sometido a RTU* reciben una única instilación intravesical* de un agente quimioterapéutico* inmediatamente después de la operación quirúrgica. El fármaco que se usa en la mayoría de los casos es la mitomicina C*, pero se pueden instilar también epirrubicina* o doxorubicina*.

Para pacientes con tumor con riesgo bajo de recurrencia y progresión, una única instilación completa el tratamiento. Para pacientes que se considera que presentan un riesgo intermedio o elevado de recurrencia o progresión, a la primera instilación debe seguir otra administración de quimioterapia intravesical o inmunoterapia* intravesical* con bacilo de Calmette Guérin (BCG)* (véase a continuación). La elección entre quimio- e inmunoterapia depende del perfil de riesgo de cada persona. La quimioterapia suele administrarse hasta durante un año, mientras que la inmunoterapia se administra durante al menos un año.

Inmunoterapia* intravesical* con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG)*

Para pacientes con perfiles de riesgo específicos, se recomienda la administración de tratamiento intravesical con bacilo de Calmette-Guérin (BCG), una vacuna que se utiliza para proteger contra la tuberculosis*. No se comprende exactamente el mecanismo de funcionamiento del tratamiento con BCG intravesical; se cree sin embargo que el BCG provoca una reacción inmunitaria* que elimina las células cancerosas; por lo tanto, el tratamiento con BCG se considera inmunoterapia.

Habitualmente se administra un régimen de tratamiento inicial de 6 semanas (denominado *tratamiento de inducción*), seguido de un tratamiento de mantenimiento durante al menos 1 año, aunque algunos regímenes de tratamiento duran dos años.

Cistectomía*

Se recomienda cistectomía para pacientes con tumores en estadios 0is y I que no responden al tratamiento intravesical* auxiliar o (co)adyuvante*.

Plan de tratamiento para el cáncer de vejiga con invasión muscular (estadios II y III)

En estos estadios, el tumor ha invadido la capa muscular de la vejiga o se ha extendido a través de la pared de la vejiga a los tejidos que la rodean. El tratamiento pretende eliminar quirúrgicamente toda la vejiga, además de los ganglios linfáticos en la pelvis y en los órganos vecinos. Antes de la operación quirúrgica, se administra quimioterapia* para intentar reducir el tamaño del tumor, atacar las células tumorales en metástasis* que son demasiado pequeñas para detectarlas y reducir el riesgo de que las células tumorales se extiendan a otras partes del cuerpo durante la operación quirúrgica.*

Cistectomía radical*

El tratamiento estándar para el cáncer de vejiga con invasión muscular incluye la cistectomía radical. Para los pacientes varones, además de la extirpación completa de la vejiga y todo tejido tumoral visible, también implica la extirpación de la uretra*, la próstata*, las vesículas seminales*, las partes inferiores de los uréteres* y los ganglios linfáticos* en la pelvis. Para las mujeres, la cistectomía radical implica la extirpación de la vejiga, todo el tumor visible y resecable, la uretra completa, la parte inferior de los uréteres, la vagina* contigua, el útero* y los ganglios linfáticos en la pelvis.



En determinados pacientes, este procedimiento puede modificarse ligeramente para conservar determinadas estructuras. La posibilidad de hacerlo depende de la extensión del tumor y necesita evaluarse con cuidado en cada paciente particular.

La cistectomía radical* lleva a la pérdida de función vesical, es decir, del almacenamiento de la orina. Por ello, el cirujano conectará los uréteres* a una nueva salida para permitir la evacuación de orina (lo que se denomina derivación urinaria*). Esta nueva salida puede ser la uretra*, la piel del abdomen o la última parte del intestino grueso (lo que se denomina una derivación rectosigmoidea). La elección del tipo de derivación urinaria depende de muchos factores, como el estadio del tumor, las estructuras que pueden conservarse después de la cistectomía radical, el estado médico en general del paciente y las preferencias del paciente. Las diferentes opciones se explican a después (véase la sección sobre efectos secundarios* de los tratamientos).

Además, la cistectomía radical puede implicar la extirpación de determinados órganos reproductores*. Esto puede derivar en disfunción sexual* y en la pérdida de la función reproductora* (véase la sección sobre los efectos secundarios de los tratamientos).

Quimioterapia*

Para pacientes con tumores en estadios T2 o T3, se recomienda la administración de quimioterapia combinada neoadyuvante. Esto implica, antes de la cistectomía* o la radioterapia* definitiva*, la administración de una combinación de fármacos quimioterapéuticos*. Las combinaciones recomendadas son gemcitabina* y cisplatino* (abreviado como GC) o metotrexato*, vinblastina*, doxorubicina* y cisplatino (abreviado como MVAC). El propósito del tratamiento neoadyuvante* es erradicar las micrometástasis*, reducir el tamaño del tumor y reducir el riesgo de que las células tumorales se diseminen durante el procedimiento quirúrgico.

Radioterapia*

La radioterapia por sí sola puede estar indicada para pacientes que médicamente no estén lo suficientemente en buen estado como para someterse a la extensa operación quirúrgica como es la cistectomía radical*. En algunos casos selectos, en los que el tratamiento pretende conservar la vejiga, puede administrarse radioterapia como parte de un tratamiento combinado* (consulte: tratamiento para la conservación de los órganos*).



Terapia con la conservadora de órganos*

La terapia conservadora de órganos hace referencia a un tratamiento en el que se conserva la vejiga. Esto se propone a pacientes que no desean someterse a una cistectomía* radical o que no son médicamente aptos para tolerar este tipo de cirugía. Este tratamiento puede ser: RTU* agresivo, RTU en combinación con radio- y quimioterapia* o RTU en combinación con radio- y quimioterapia. Esto último se denomina tratamiento trimodal y es el tratamiento de preferencia.

La terapia conservadora de órganos también puede considerarse para pacientes selectos con cáncer de vejiga en estadio temprano, siempre que cumplan con otros determinados médicos estrictos.

La terapia conservadora de órganos exige un seguimiento* exhaustivo durante toda la vida con cistoscopia* y citología de orina* para evaluar la respuesta al tratamiento y detectar la recurrencia de la enfermedad. Si se observa persistencia o recurrencia de la enfermedad, se recomienda una cistectomía inmediata, si es posible.

Plan de tratamiento para enfermedad metastásica y * en estadio avanzado (estadio IV).

En este estadio, el tumor ha crecido y atravesado la pared de la vejiga invadiendo la pared de la pelvis o el abdomen, o más allá del abdomen a los órganos distantes. Puesto que es difícil o no está indicado médicamente extirpar el tumor completo mediante una operación quirúrgica, el objetivo principal del tratamiento es afectar a las células tumorales utilizando quimioterapia administrada por una vena (por vía intravenosa) y, por lo tanto, actúa sistémicamente.*

Quimioterapia*

La quimioterapia combinada estándar se compone de los fármacos: cisplatino* con gemcitabina* (abreviado como GC) o metotrexato*, vinblastina*, doxorubicina* y cisplatino (abreviado como MVAC). El régimen MVAC provoca más efectos secundarios* tóxicos que el tratamiento con GC. Los pacientes con una enfermedad en estadio avanzado limitado (afectación de ganglios linfáticos* sin metástasis* a otros órganos*) y los que se encuentran en un estado general suficientemente bueno como para recibir dosis elevadas de MVAC en combinación con el factor estimulante de las colonias de granulocitos* (G-CSF), un factor de crecimiento que puede aumentar la tolerabilidad de la quimioterapia.



Aproximadamente la mitad de pacientes no se encuentran en un estado físico adecuado para tolerar el cisplatino debido a mal estado general, mal funcionamiento de los riñones o la presencia de otras enfermedades. Estos pacientes reciben tratamiento con carboplatino* y gemcitabina* (abreviado como CarboGem), con metotrexato*, carboplatino y vinblastina (abreviado como M-CAVI), o con taxano* o gemcitabina únicamente. CarboGem es el tratamiento de referencia en este caso. M-CAVI provoca efectos ligeramente más tóxicos que CarboGem.

El médico evalúa la tolerabilidad después de cada ciclo de quimioterapia y la evaluación de la respuesta al tratamiento se realiza tras dos o tres ciclos de quimioterapia con los mismos métodos radiográficos usados para detectar las lesiones tumorales.

Cirugía y radioterapia* después de quimioterapia* sistémica

Para pacientes selectos con enfermedad localmente avanzada, puede pensarse en utilizar quimioterapia sistémica, seguida de cistectomía y linfadenectomía* o radioterapia.

Radioterapia*

La radioterapia puede resultar útil para aliviar el dolor o las hemorragias.

Tratamiento de la recidiva

Hasta ahora, la vinflunina* y los mejores cuidados de apoyo son la recomendación cuando la enfermedad reaparece tras el tratamiento de la enfermedad metastásica con quimioterapia basada en platino. La vinflunina como quimioterapia de segunda línea se propone cuando la progresión se produce menos de 12 meses después del tratamiento de primera línea. En este caso, debería proponerse también la quimioterapia basada en taxanos* o la participación en el ensayo clínico. Si la progresión se produce después de los 12 meses transcurridos desde el tratamiento de primera línea, podría tomarse en consideración reanudar la quimioterapia basada en platino.

Tratamiento de las complicaciones provocadas por la enfermedad

Bloqueo del flujo urinario

El cáncer de vejiga puede bloquear el flujo de orina y hace que la orina se acumule en el riñón. Esto puede provocar dolor y trastornos de la función renal. Si no es posible realizar la cistectomía* por lo avanzado de la enfermedad o porque el paciente no está médicamente en buen estado para someterse a este procedimiento, puede resultar necesario desviar el flujo de orina de la vejiga hacia el exterior. Esto puede hacerse conectando quirúrgicamente el riñón o el uréter* a la piel del abdomen, operaciones que se denominan, respectivamente, nefrostomía y ureterostomía. La orina se recoge en una bolsa de plástico fijada en la piel.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS TRATAMIENTOS?

Cirugía

Riesgos y efectos secundarios* generales

Algunos riesgos son comunes a todas las intervenciones quirúrgicas realizadas con anestesia general*. Estas complicaciones son poco usuales e incluyen la formación de coágulos en las venas o el corazón, o problemas de respiración, hemorragias, infección o reacciones a la anestesia*. Estos se previenen al máximo por medio de una evaluación médica exhaustiva antes de la operación quirúrgica.

La vejiga se sitúa en la pelvis junto con los ganglios linfáticos* locales, partes del intestino, vasos sanguíneos importantes y, en las mujeres, los órganos reproductores*. Dependiendo de la extensión de las resecciones quirúrgicas necesarias para obtener los mejores resultados, algunas de estas estructuras pueden resultar dañadas. La imagenología* y una estadificación* preoperatoria exacta contribuirán a minimizar este riesgo.

Cuando se extirpan los ganglios linfáticos* en la pelvis y en el abdomen, se puede dañar o bloquear el sistema linfático*, lo cual resulta en linfedema*, un trastorno en el que se acumula el líquido linfático* en las piernas y las hace hincharse. Esto puede ocurrir poco después de la intervención, pero también con posterioridad.

Pérdida de la función de la vejiga tras una cistectomía

La consecuencia de la cistectomía es que se pierde la función de la vejiga. Hay varias opciones quirúrgicas para desviar y recoger la orina, bien dentro del cuerpo o al exterior. Debe evaluarse con cuidado la mejor opción y dependerá del estadio del tumor, el tratamiento quirúrgico administrado, el estado general del paciente y sus preferencias. A continuación se comentan brevemente las diversas posibilidades. Se recomienda pedir más información al médico.

Neovejiga ortotópica. Se construye una vejiga nueva (llamada *neovejiga*): se utiliza tejido de los intestinos para formar una bolsa que se sitúa entre los uréteres* y la uretra*. La palabra «ortotópica» significa que la vejiga nueva se encuentra en el mismo lugar en el que estaba la vejiga original. Esta bolsa almacenará la orina, que pasará por la uretra.

Derivación abdominal. El cirujano conecta los uréteres* a una apertura artificial en la pared abdominal, denominada estoma*. Puede ser una conexión directa o el cirujano puede usar tejido del intestino delgado para guiar la orina hasta el estoma. La orina se recoge en una pequeña bolsa de plástico fijada a la piel. El cirujano también puede formar una bolsa en el interior del abdomen y un estoma que no permite el paso espontáneo de orina al exterior; en este caso, la bolsa puede vaciarse desde el exterior usando un catéter*. A esto se llama derivación urinaria* continente.

Derivación rectosigmoidea. El cirujano conecta los uréteres* a la última parte del intestino grueso, que se denomina la *unión rectosigmoidea*. La unión rectosigmoidea normalmente contiene las heces y ahora realizará la misma función para la orina. El cirujano puede colocar una parte del intestino entre los uréteres y la unión rectosigmoidea.

La naturaleza y frecuencia de los efectos secundarios* de estos procedimientos de derivación* dependerán del tipo de procedimiento. Los problemas más frecuentes son el estrechamiento de los uréteres en el estoma* y la infección de los riñones.

Disfunción sexual* y pérdida de la función reproductora*

La cistectomía* radical en varones incluye la resección de la uretra*, las glándulas seminales* y la próstata*. En las mujeres, incluye la resección del útero* y de parte de la vagina*. La pérdida de estos órganos reproductores* puede llevar a la disfunción sexual*, la pérdida de la habilidad de concebir y, en las mujeres, puede producir la pérdida de la habilidad de tener niños. El médico derivará tales pacientes a personal de apoyo especializado.

Radioterapia*

Los efectos secundarios* de la radioterapia no solo pueden ocurrir en los órganos en los que se centra directamente, sino que también pueden afectar a los órganos sanos que se encuentran cerca de la vejiga y que no pueden evitar los rayos X*. Para el cáncer de vejiga, las técnicas modernas de radiación son muy seguras y las complicaciones importantes tienen lugar en menos del 5 % de los pacientes.

Los efectos sobre el sistema urinario incluyen dolor durante la micción, necesidad urgente de orinar, sangre en la orina, bloqueo del flujo urinario y úlceras en el revestimiento interior de la vejiga.

Los efectos de la radiación sobre la parte inferior del intestino incluyen malestar intestinal, diarrea, descarga de moco y sangre y, en escasas ocasiones, perforación de los intestinos.

En las mujeres, el estrechamiento de la vagina es un posible efecto tardío de la radioterapia en la región de la pelvis.

El oncólogo aconsejará estrategias para prevenir y aliviar al máximo estas reacciones.

Tratamiento mediante instilación intravesical*

El principal efecto secundario* de la instilación intravesical del bacilo de Calmette Guérin* es la inflamación de la vejiga, lo cual se conoce como *cistitis**. El efecto secundario más grave es la infección generalizada, que puede producirse cuando los bacilos se absorben a través de la pared de la vejiga a la sangre; por ello, este tratamiento no está indicado en los pacientes con deficiencia de la función del sistema inmunitario*. En general, los efectos secundarios del tratamiento con BCG intravesical pueden tratarse.

La instilación intravesical* de quimioterapia*, como mitomicina C* puede producir varios efectos secundarios, como cistitis*, alergia y reacciones cutáneas.

Quimioterapia*

Los efectos secundarios* de la quimioterapia son frecuentes pero, hoy en día, se controlan bien usando medidas de apoyo adecuadas. Los efectos secundarios dependerán de los fármacos administrados, las dosis y factores individuales. Si un paciente ha presentado otros problemas médicos anteriormente, deben tomarse algunas precauciones o cambios de tratamiento. Los efectos secundarios son más graves cuando se administra quimioterapia de forma sistémica (habitualmente por una vena), que cuando se administra de forma local, directamente en la vejiga (véase: farmacoterapia intravesical*).

A continuación se enumeran los efectos secundarios que se sabe ocurren con uno o más de los fármacos de quimioterapia que se usan en la actualidad para el cáncer de vejiga. La naturaleza, frecuencia y gravedad de los efectos secundarios varían para cada combinación usada.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- Caída y adelgazamiento del cabello
- Reducción de las cantidades de células sanguíneas, lo cual puede desembocar en anemia*, hemorragias, moretones e infecciones.
- Cansancio
- Náuseas o vómitos

Otros efectos secundarios que pueden ocurrir frecuentemente con uno o más de los fármacos quimioterapéuticos que se usan para el cáncer de vejiga incluyen:

- Llagas o úlceras en la boca
- Cambios en la percepción del sabor
- Diarrea
- Ojos llorosos o irritados
- Hipersensibilidad a la luz solar
- Daños en el riñón
- Pérdida de audición
- Daños al feto en el útero de una paciente de cáncer que recibe quimioterapia*
- Pérdida de la fertilidad
- Interrupción de la menstruación en las mujeres (amenorrea), que puede ser transitoria

Los efectos secundarios* ocasionales incluyen:

- Cambios en el funcionamiento y estructura del hígado
- Daños al músculo cardíaco
- Entumecimiento u hormigueo en pies de manos y pies (neuropatía periférica)
- Estreñimiento
- Visión borrosa
- Exantema o enrojecimiento de la piel
- Tos o falta de aliento
- Cambios en el color de la piel o las uñas
- Reacciones alérgicas
- Inflamación en torno al lugar de la inyección o de la colocación de la infusión intravenosa
- Fiebre y escalofríos

Los efectos secundarios* raros incluyen:

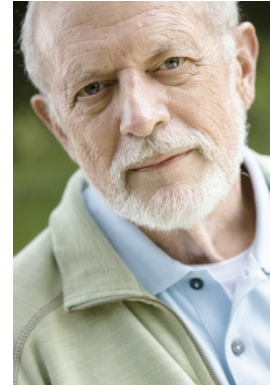
- Depresión
- Ojos irritados
- Cefaleas
- Aumento del ritmo cardíaco
- Mareos
- Hipertensión

Por último, debe indicarse que algunos fármacos de quimioterapia* pueden pasar con la leche materna y resultar dañinos para el bebé.

¿QUÉ PASA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO?

No es inusual que los pacientes con cáncer experimenten síntomas relacionados con el tratamiento después de terminarlo.

- Los pacientes pueden sufrir ansiedad, dificultades para dormir o depresión, y pueden necesitar apoyo psicológico.
- Durante y después del tratamiento, la nutrición puede volverse problemática por reducción del apetito, náuseas y malestar general
- No son inusuales como efectos secundarios* de la quimioterapia* sistémica*, es decir, cuando se administra por vía oral o intravenosa, las dificultades en la concentración y memorización.



Seguimiento* médico

Después de terminar el tratamiento, los médicos propondrán un seguimiento, con el objetivo de:

- detectar y prevenir los efectos adversos del tratamiento
- detectar una posible recurrencia* tan pronto como sea posible y administrar el tratamiento apropiado
- proporcionar información médica, apoyo psicológico y derivar al personal encargado de ofrecer apoyo especializado para volver a la vida diaria normal de la manera óptima.

El protocolo de seguimiento incluirá visitas al consultorio médico e exámenes periódicos. El protocolo depende del grado* y de la estadificación* del tumor de vejiga que se ha tratado y del tipo de tratamiento administrado. En general, las visitas de seguimiento pueden incluir una combinación de las investigaciones siguientes:

- Antecedentes físicos generales y de síntomas relacionados con el cáncer de vejiga desde la visita anterior
- Cistoscopia* para detectar la recurrencia* y biopsia* de las lesiones nuevas
- Imágenes del aparato urinario superior
- Citología urinaria*: examen en laboratorio de la orina para comprobar la presencia de células tumorales que suelta un posible tumor de vejiga recurrente.
- Investigaciones de laboratorio: bioquímica sanguínea y función renal
- Repetición de las investigaciones radiológicas*, en el caso de que las exploraciones iniciales muestren unos valores anómalos.

No hay ningún protocolo de seguimiento* aceptado en general. A continuación se indican los regímenes posibles recomendados:

En los casos de cáncer de vejiga que no invade los tejidos musculares, una cistoscopia periódica y citología de la orina cada 3-6 meses en función del riesgo alto o bajo durante los primeros 2 años, y cada 6-12 meses posteriormente;

Después del tratamiento definitivo del cáncer de vejiga que invade los tejidos musculares con cistectomía radical, deberían llevarse a cabo una citología de la orina y pruebas de la función renal y hepática cada 3-6 meses durante 2 años, y posteriormente según se indique clínicamente. El paciente también debería someterse a exploración por imágenes del tórax, del tracto urinario superior, del abdomen y de la pelvis cada 3-6 meses durante 2 años en función del riesgo de recidiva y, posteriormente, tal y como se indique clínicamente.

Para aquellos pacientes con cáncer de vejiga que haya invadido los tejidos musculares con los cuales se haya adoptado una estrategia de conservación de órganos, es necesario evaluar la respuesta al tratamiento tras la inducción de quimiorradiación. Una vez que esta se haya completado se recomienda que estos pacientes sigan el mismo régimen de seguimiento que los pacientes con cistectomía radical; no obstante, se requerirán cistoscopia y citología de la orina además de biopsias aleatorias cada 3-6 meses durante 2 años. Durante el seguimiento deberían llevarse a cabo el control de la toxicidades del tratamiento a largo plazo y de las potenciales recidivas de tumores secundarios.

Retorno a la vida normal

El retorno a la vida normal, sabiendo que el cáncer puede volver a aparecer, puede resultar difícil. Si está presente alguno de los factores de riesgo* conocidos para el cáncer de vejiga, se aconseja eliminarlos al máximo.

Las visitas de seguimiento* con el médico ofrecen una oportunidad al paciente para obtener información médica, apoyo psicológico y ser referidos al personal de apoyo especializado. Puede ser valioso obtener consejo psicológico de otro experto y algunos pacientes pueden encontrar apoyo en grupos de pacientes o medios de información dedicados a los pacientes. Puede obtenerse información sobre la nutrición adecuada de algún dietista. Los trabajadores sociales pueden resultar de ayuda para encontrar recursos que garanticen el éxito de la rehabilitación.

¿Qué pasa si regresa el cáncer?

Si el cáncer vuelve a producirse, se denomina recurrencia* o recidiva. La extensión de la recurrencia determinará la decisión de tratamiento y esto se determinará con detenimiento para cada paciente individual.

En pacientes tratados con terapia conservadora de órganos*, pueden detectarse residuos tumorales en el 20 % de los casos durante la reestadificación. Un 20-30 % adicional de pacientes con respuestas completas en un inicio sufrirán la aparición de enfermedad nueva o recurrente en la vejiga conservada. El porcentaje de pacientes sin tumores después del primer control por cistoscopia* puede alcanzar el 70 %. Una cuarta parte sufrirá una nueva lesión más tarde que requerirá tratamiento adicional (cistectomía si es posible).

Para pacientes con enfermedad metastásica* que sufran progresión* de la enfermedad después de terminar un tratamiento de primera línea que contenga platino, se recomienda un régimen de quimioterapia* de segunda línea con vinflunina*.

DEFINICIONES DE PALABRAS DIFÍCILES

Adenocarcinoma

Cáncer que comienza en las células que revisten determinados órganos internos y que tienen propiedades glandulares (de secreción)

Adyuvante (tratamiento adyuvante)

En el contexto del cáncer, adyuvante define una terapia que ayuda a otra para alcanzar un objetivo o reforzar su efecto. Por ejemplo, la radioterapia* y/o la quimioterapia* complementan a las intervenciones quirúrgicas para acabar con un tumor canceroso. En otro contexto no relacionado al cáncer, puede ser un agente añadido a las vacunas para estimular al sistema inmunitario.

(Gel) anestésico/anestesia

Estado reversible de pérdida de conciencia inducido de forma artificial por unas sustancias conocidas como anestésicos, en el que el paciente no siente dolor, no tiene reflejos normales y responde al estrés en menor medida. Puede ser general o local y permite someter al paciente a intervenciones quirúrgicas.

Anestesia general

Pérdida transitoria de los sentidos y pérdida completa de la consciencia que semeja un sueño muy profundo. Se provoca mediante fármacos especiales u otras sustancias denominadas anestesia*. La anestesia general impide que los pacientes sientan dolor durante las operaciones quirúrgicas u otros procedimientos.

Bacilo Calmette Guérin (BCG)

Forma atenuada de la bacteria *Mycobacterium bovis* (bacilo Calmette-Guérin) que no causa enfermedad. El bacilo Calmette-Guérin se usa en una solución para ayudar al sistema inmunitario en el tratamiento del cáncer de la vejiga y en una vacuna para prevenir la tuberculosis*.

Benigno

En un tumor, benigno significa no canceroso. Los tumores benignos pueden crecer mucho pero no invaden otras partes del cuerpo.

Biopsia

Extracción de células o tejidos para su examen por un médico histopatólogo*, quien puede estudiar el tejido con un microscopio o realizar otras pruebas y análisis en las células o el tejido. Hay muchos diferentes tipos de procedimientos de biopsia. Las más habituales incluyen: (1) biopsia por incisión, en la que únicamente se retira una muestra de tejido; (2) biopsia por escisión, en la que se retira el tumor completo o una zona sospechosa y (3) biopsia por punción con aguja, en la que se retira por medio de una aguja una muestra de tejido o de líquido. Cuando se utiliza una aguja gruesa, se denomina biopsia con trocar. Cuando se utiliza una aguja fina, se denomina biopsia por punción-aspiración con aguja fina.

Carboplatino

Medicamento que se usa para tratar el cáncer avanzado de ovarios que nunca se ha sometido a tratamiento o para los síntomas de cáncer de ovario que hayan reaparecido después del tratamiento con otros medicamentos contra el cáncer. También se usa con otros medicamentos para tratar el cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado, metastásico* o recidivante* y está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. El carboplatino* es una forma del medicamento contra el cáncer cisplatino* el cual causa menos efectos secundarios* en los pacientes. Este se une al ADN de las células y puede destruir las células cancerosas. Es un tipo de compuesto de platino.

Carcinoma escamocelular

Cáncer que comienza en las células escamosas, células delgadas planas que parecen escamas de peces. Las células escamosas se encuentran en el tejido que forma la superficie de la piel, el revestimiento de los órganos huecos del cuerpo y los conductos de las vías respiratoria y digestiva. También se denomina carcinoma epidermoide.

Carcinoma de células transicionales o de transición

Cáncer que se forma en las células transicionales en el revestimiento de la vejiga, el uréter* o la pelvis renal* (la parte del riñón que recoge, contiene y drena la orina). Las células transicionales son células que pueden cambiar de forma y estirarse sin romperse.

Catéter

Un tubo que puede introducirse en el cuerpo. Tiene múltiples aplicaciones, como el drenaje y la administración de gases y líquidos.

Centellografía (ósea) o gammagrafía (ósea)

Procedimiento que elabora imágenes (escaneados) de las estructuras del interior del cuerpo, incluyendo las zonas en las que se encuentran las células cancerosas. Se utiliza para el diagnóstico, el estadiaje, y el control y vigilancia de la enfermedad. Se inyecta en una vena o se ingiere una pequeña cantidad de un producto químico radioactivo (radionúclido). Diferentes radionúclidos se desplazan en la sangre a diversos órganos. Una máquina con una cámara especial se desplaza sobre la persona tumbada sobre una mesa y detecta el tipo de radiación emitida por los radionúclidos. Un ordenador forma una imagen de las zonas donde se acumula el radionúclido, que pueden contener células cancerosas. También se denomina escaneado mediante radionúclidos o gammagrafía con radionúclido.

Cisplatino

Medicamento que se usa para tratar varios tipos de cáncer. El cisplatino contiene el metal platino. Destruye las células cancerosas al dañar su ADN e impedir su multiplicación. El cisplatino es un tipo de alquilante.

Cistitis

Inflamación de la vejiga.

Cistoscopia

Exploración de la vejiga y de la uretra*, usando un cistoscopio insertado en la uretra. Un cistoscopio es un instrumento tubular delgado con luz y lente para ver. También puede incluir una herramienta para extirpar el tejido en el que se comprobará por microscopio si hay signos de la enfermedad.

Citología de orina

Pruebas realizadas en las células de la orina para detectar posibles enfermedades.

Contraindicaciones

Condición o síntoma que impide la administración de un tratamiento o procedimiento dados al paciente. Las contraindicaciones pueden ser absolutas, lo que indica que el tratamiento nunca debe administrarse a los pacientes con este trastorno o síntoma, o relativas, lo que indica que el riesgo puede verse superado por los beneficios en algunos pacientes con este trastorno o síntoma.

Derivación urinaria

Procedimiento quirúrgico para preparar un nuevo camino para que la orina salga del cuerpo. Puede implicar la redirección de la orina en el colon, usando catéteres* para drenar la vejiga, o preparando una abertura en el abdomen y recogiendo la orina en una bolsa fuera del cuerpo.

Diabetes

Cualquiera de las distintas enfermedades por las que los riñones elaboran una gran cantidad de orina. Por lo general, la diabetes se refiere a la diabetes mellitus, por la que hay también una concentración alta de glucosa (un tipo de azúcar) en la sangre porque el cuerpo no produce suficiente insulina o no la usa de la forma en que debiera hacerlo.

Disfunción sexual

Incapacidad de disfrutar por completo de las relaciones sexuales. Incluye una amplia variedad de problemas que afecta al acto sexual en cualquiera de sus etapas: deseo, excitación, orgasmo y resolución.

Doxorrubicina

Medicamento que se usa para tratar muchos tipos de cáncer y que está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. La doxorrubicina se elabora con las bacterias *Streptomyces peucetius*. Daña el ADN y puede destruir las células cancerosas. Es un tipo de antibiótico antitumoral de antraciclina.

Efecto secundario

Problema que se produce cuando un tratamiento afecta a tejidos u órganos sanos. Algunos efectos secundarios habituales del tratamiento para el cáncer son: fatiga, dolor, náusea, vómitos, reducción de la cantidad de glóbulos sanguíneos, alopecia (pérdida de cabello) y llagas en la boca.

Epirubicina

Medicamento usado en combinación con otros medicamentos para tratar el cáncer de seno (mama) en etapa (estadio) inicial que se ha diseminado hacia los ganglios linfáticos*. También está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. Es un tipo de antibiótico antitumoral de antraciclina. También se llama Ellence y clorhidrato de epirubicina.

Epitelio

El término «epitelio» hace referencia a las células que revisten los órganos y glándulas huecos, y a los que constituyen la superficie exterior del cuerpo. Las células epiteliales contribuyen a proteger o rodear los órganos. La mayoría producen moco u otras secreciones.

Epitelio* transicional o de transición*

Tipo de tejido compuesto de varias capas de células. Estas células pueden contraerse y expandirse de forma que la forma de las células de la superficie cambie dependiendo del grado de estiramiento del tejido.

Estoma

Abertura creada mediante cirugía desde una zona en el interior del cuerpo hacia el exterior.

Examen clínico

Exploración del cuerpo para buscar signos de enfermedad.

Factor de riesgo

Algo que aumenta la posibilidad de aparición de una enfermedad. Algunos ejemplos de factores de riesgo de cáncer son: la edad, antecedentes familiares de determinados tipos de cáncer, uso de productos de tabaco, exposición a radiaciones o a algunos productos químicos, infección con determinados virus o bacterias, y determinados cambios genéticos.

Factor estimulante de las colonias de granulocitos (G-CSF)

Factor estimulante de colonias de células que estimula la producción de neutrófilos (un tipo de glóbulo blanco). Es una citocina, un tipo de agente hematopoyético (que forma sangre). También se conoce como filgrastim y G-CSF.

Ganglio linfático

Masa redondeada de tejido linfático que está rodeada por una cápsula de tejido conectivo. Los ganglios linfáticos filtran la linfa y almacenan linfocitos. Se encuentran ubicados a lo largo de los vasos linfáticos. También se llama glándula linfática.

Gemcitabina

Ingrediente activo de un medicamento que se usa para tratar el cáncer de páncreas que esté en estadio *avanzado* o que se haya diseminado. También se usa con otros medicamentos para tratar el cáncer de mama que se haya diseminado, el cáncer de ovario en estadio avanzado y el cáncer de pulmón de células no pequeñas que esté en estadio avanzado o que se haya diseminado. Asimismo, está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. La gemcitabina impide que las células elaboren ADN y puede destruir células cancerosas. Es un tipo de antimetabolito.

Gen defectuoso heredable

Gen anómalo o mutado que pasa de los padres a su descendencia.

Grado

Descripción de un tumor basada en el grado de anomalía que presentan las células cancerosas al microscopio y la rapidez con la que es probable que crezca y se extienda el tumor. Los sistemas de gradación son diferentes para cada tipo de cáncer.

Hiperplasia benigna de la próstata

Trastorno benigno (no canceroso) en el que un crecimiento excesivo del tejido prostático empuja contra la uretra* y la vejiga, de forma que se bloquea el flujo de orina. También se conocida como hipertrofia benigna de la próstata*.

Histopatología (examen histopatológico, tipo histológico)

Estudio de las células y tejidos enfermos utilizando el microscopio.

Inmunoterapia

Tratamiento para estimular o restaurar la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra el cáncer, las infecciones y otras enfermedades. También se utiliza para reducir determinados efectos secundarios* que pueden causar algunos tratamientos antineoplásicos. Las sustancias usadas en la inmunoterapia incluyen los anticuerpos monoclonales, factores de crecimiento y vacunas. Esas sustancias también podrían tener efectos antitumorales directos. Se conocen además como: terapia modificadora de la respuesta biológica, bioterapia, terapia biológica y terapia BRM.

Imágenes por resonancia magnética (RM)

Es una técnica de imagenología que se usa en medicina para obtener imágenes mediante resonancia magnética. En ocasiones, se inyecta un fluido para resaltar el contraste entre los diferentes tejidos y obtener imágenes más visibles de las estructuras.

Instilación intravesical

Vertido de líquido en la vejiga, lentamente o gota a gota.

(Tratamiento) intravesical

Un tratamiento intravesical es el que se administra directamente a la vejiga.

Invasión macroscópica

Extensión del cáncer a los tejidos adyacentes visible a simple vista.

Invasión microscópica

Extensión de las células cancerosas a los tejidos adyacentes, visible únicamente con microscopio.

Investigación/exploración radiológica

Examen que usa la tecnología de obtención de imágenes (como radiografía, ecografía, tomografía computerizada y medicina nuclear) para la visualización de órganos, estructuras y tejidos en el cuerpo tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las enfermedades.

Lámina propia

La lámina propia es una capa delgada de tejido conectivo que subyace al epitelio* y que, junto con él, constituye la mucosa*. El término mucosa (o membrana mucosa) hace referencia siempre a la combinación de epitelio y lámina propia.

Linfoedema

Trastorno en el que líquido linfático se acumula en los tejidos y provoca hinchazón. Puede producirse en un brazo o en una pierna, si los vasos linfáticos se encuentran bloqueados, dañados o se han extraído mediante una operación quirúrgica.

Metástasis

Diseminación del cáncer de una parte del cuerpo a otra. Un tumor formado por células que se han diseminado se llama tumor metastático o metástasis. El tumor metastático contiene células similares a las del tumor original (primario).

Metotrexato

Medicamento que se usa para tratar ciertos tipos de cáncer, la artritis reumatoide y afecciones graves de la piel, como la psoriasis. El metotrexato impide que las células elaboren ADN y podría destruir las células cancerosas. Es un tipo de antimetabolito. También se llama ametopterina, MTX y Rheumatex.

Micrometástasis

Pequeña cantidad de células cancerosas que se han diseminado del tumor principal a otras partes del cuerpo y que son demasiado pocas para que se detecten con una prueba de cribado o diagnóstica.

Mitomicina C

Medicamento contra el cáncer. Pertenece a la familia de los antibióticos antitumorales.

Mucosa

Revestimiento húmedo interno de ciertos órganos y cavidades del cuerpo. Las glándulas de la mucosa producen moco (líquido denso y deslizante). También se llama membrana mucosa.

Opinión multidisciplinar

Método de planificación del tratamiento en el que varios médicos expertos en diferentes especialidades (disciplinas) revisan y discuten el estado de salud y las opciones de tratamiento de un paciente. En el tratamiento contra el cáncer, una opinión multidisciplinar puede incluir la de oncólogo clínico (que ofrece tratamiento anticanceroso con fármacos), cirujano oncólogo (que ofrece operaciones quirúrgicas como tratamiento anticanceroso) y radiooncólogo (que ofrece radioterapia* contra el cáncer). También recibe el nombre de opinión del comité de tumores.

Órganos/aparatos reproductores

Órganos implicados en la producción de descendencia. En las mujeres, este sistema incluye los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el cuello y la vagina. En los hombres, incluye la próstata*, los testículos y el pene.

Patólogo (llamado también anatomopatólogo y histopatólogo)

Médico especializado en histopatología*, el estudio de las células y tejidos enfermos utilizando el microscopio.

Pelvis renal

Zona en el centro del riñón. La orina se recoge aquí y se pasa al uréter*, el tubo que conecta el riñón con la vejiga.

Progresión

En medicina, el curso de una enfermedad, como el cáncer, a medida que empeora o se extiende por el cuerpo

Pronóstico

Probable curso o desenlace de una enfermedad; posibilidad de recuperación, o de recurrencia* o recidiva.

Próstata

Glándula en el sistema reproductor masculino*. La próstata rodea la parte de la uretra* (el tubo que vacía la vejiga) justo por debajo de la vejiga, y produce un líquido que forma parte del semen.

Quimioterapéutico/Quimioterapia

Un tipo de tratamiento contra el cáncer con fármacos que matan células cancerosas y/o limitan su crecimiento. Estos fármacos usualmente se administran al paciente por infusión lenta en una vena pero también pueden ser administrados por vía oral, por infusión directa en una extremidad o al hígado, de acuerdo a la localización del cáncer.

Radiación ionizante

Tipo de realización emitida mediante procedimientos de rayos X*, sustancias radioactivas, rayos que entran en la atmósfera terrestre del espacio exterior y otras fuentes. A dosis elevadas, la radiación ionizante aumenta la actividad química en las células y puede derivar en riesgos para la salud, incluyendo el cáncer.

Radioterapia

Terapia en la que se utiliza la radiación para el tratamiento del cáncer, siempre orientada a una zona específica donde se encuentra el cáncer.

Rayos X

Los rayos X son una forma de radiación utilizada para tomar imágenes del interior de los objetos. En medicina, los rayos X se utilizan normalmente para tomar imágenes del interior del cuerpo.

Recurrencia

Reaparición de un cáncer o una enfermedad (por lo general, de tipo autoinmune), habitualmente después de un periodo de tiempo durante el que no estuvo presente o no pudo detectarse. Esto puede suceder en el mismo lugar que el tumor original (primario) o en otro lugar del cuerpo. Conocida también como cáncer o enfermedad recurrente.

Resección transuretral del tumor de vejiga (RTU)

Operación quirúrgica realizada con un instrumento especial denominado cistoscopio* que se inserta a través de la uretra*. Se usa para el diagnóstico del cáncer de vejiga y para eliminar crecimientos inusuales de la superficie del interior de la vejiga, cuando estos crecimientos son superficiales (no invasivos). El tejido extirpado en el procedimiento se enviará a un laboratorio para su análisis.

Seguimiento

Control y vigilancia del estado de salud de una persona durante algún tiempo después de terminar el tratamiento. Esto incluye realizar el seguimiento de la salud de las personas que participan en un estudio o ensayo clínico durante cierto tiempo, tanto durante el estudio como después de que termine.

Taxano

Tipo de fármaco que bloquea el crecimiento celular interrumpiendo la mitosis (división celular). Los taxanos interfieren con los microtúbulos (estructuras celulares que contribuyen al movimiento de los cromosomas durante la mitosis). Se utiliza para el tratamiento del cáncer. Un taxano es un tipo de inhibidor de la mitosis y un tipo de agente antimicrotubular.

Terapia/Tratamiento conservador de órganos

Operación quirúrgica en la que se conserva al máximo un órgano para mantener su funcionamiento y estructura. Se ofrece a los pacientes que no desean o que no pueden someterse a una operación quirúrgica radical en la que puede extirparse el órgano por completo.

Tomografía computarizada (TC)

Un método de radiografía en la que los órganos del cuerpo son escaneados con rayos X* y los resultados se sintetizan por ordenador para generar imágenes de las partes del cuerpo.

Tuberculosis

Enfermedad causada por un tipo específico de bacteria que se extiende de una persona a otra por el aire. La tuberculosis puede afectar a muchas partes del cuerpo, pero afecta con mayor frecuencia a los pulmones. Una persona puede no presentar síntomas de tuberculosis durante años, pero pueden aparecer cuando el paciente enferma con un trastorno grave, como diabetes*, SIDA o cáncer. La tuberculosis normalmente puede tratarse y curarse con antibióticos. Es también conocida como TB o TBC.

Túbulos renales

Pequeños canales en el tejido de los riñones que contienen un filtrado que, en última instancia, se convierte en orina. Forman parte de las nefronas, la unidad funcional básica de los riñones.

Ureteroscopia

Exploración del interior del riñón y el uréter* usando un ureteroscopio. Un ureteroscopio es un instrumento tubular delgado con luz y un lente para ver. También puede incluir una herramienta para extirpar el tejido en el que se examinará con un microscopio para ver si hay signos de la enfermedad. El ureteroscopio se pasa por la uretra* y se introduce en la vejiga, el uréter y la pelvis renal* (parte del riñón que recoge, conserva y drena orina).

Uréteres

Tubos que transportan la orina desde el riñón hasta la vejiga.

Uretra

Tubo que conecta la vejiga con el exterior del cuerpo. En los varones, la uretra lleva orina y semen.

Urotelio

Recubrimiento de las vías urinarias, que comprenden la pelvis renal* (zona en el centro del riñón), los uréteres*, la vejiga y la uretra*.

Vesículas seminales

Par de glándulas tubulares de unos 5 cm. de longitud que se enrollan en una estructura de ampolla cada uno. Están situadas por encima de la próstata* y cada una tiene un conducto que la conecta con ella. Producen la mayor parte del líquido del semen.

Vinblastina

Ingrediente activo de un medicamento que se usa junto con otros medicamentos para tratar varios tipos de cáncer, como el linfoma de Hodgkin en estadio avanzado y los cánceres de células germinales del testículo en estadio avanzado. También está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. La vinblastina se elabora con la planta de vincapervinca. Bloquea el crecimiento de las células impidiendo que se multipliquen y puede destruir células cancerosas. Es un tipo de alcaloide de vinca y un tipo de antimitótico.

Vinflunina

Medicamento contra el cáncer para el tratamiento de segunda línea del cáncer de vejiga, pertenece al grupo de medicamentos contra el cáncer llamados alcaloides de la vinca. Se une a una proteína de las células llamada tubulina, que es importante para la formación del esqueleto interno que deben armar las células cuando se dividen. Cuando la tubulina se une a las células cancerosas, la vinflunina detiene la formación del esqueleto, lo que impide que las células cancerosas se dividan y propaguen.

Visceral

Relativo a las vísceras, los órganos internos blandos del cuerpo, que incluyen los pulmones, el corazón y los órganos de los aparatos digestivo, excretor, reproductor* y el sistema circulatorio.

Las guías para pacientes de ESMO / Fundación Contra el Cáncer están diseñadas para ayudar a los pacientes, a sus familiares y a sus cuidadores a comprender la naturaleza de los distintos tipos de cánceres y evaluar las mejores opciones de tratamiento disponibles. La información médica descrita en las Guías para Pacientes se basa en las Directrices de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), que están diseñadas para guiar a los médicos oncólogos en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de diferentes tipos de cánceres. Estas guías son producidas por la Fundación Contra el Cáncer en colaboración estrecha con el Grupo de Trabajo de las Directrices de la ESMO y el Grupo de Trabajo de Pacientes de Cáncer de la ESMO.

Para más información visite las páginas www.esmo.org y www.anticancerfund.org

