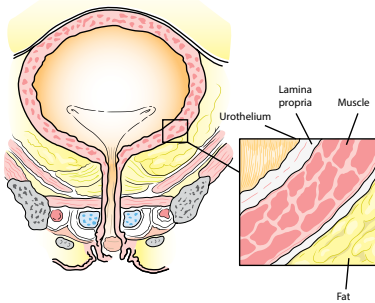


## Curación De Pacientes Que Tienen Cáncer Invasivo De Vejiga Sin Extracción Quirúrgica De La Vejiga

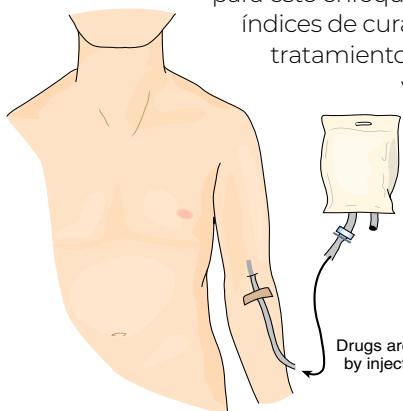
### Introducción

Casi el 70 % de los pacientes que reciben el diagnóstico de cáncer de vejiga tienen la enfermedad en una etapa inicial, en la que solo el revestimiento de la vejiga se ve afectado y aún no hay invasión de la capa muscular de la pared de la vejiga. Estos pacientes casi siempre son tratados mediante la resección transuretral del tumor de vejiga (*Transurethral Resection of Bladder Tumor*, TURBT), tal vez con inmunoterapia.



El 30 % restante de los pacientes con cáncer de vejiga tienen, en el momento del diagnóstico, un cáncer más profundo y con invasión muscular que requiere un tratamiento más agresivo para lograr la curación. Este tratamiento puede ser la extracción quirúrgica de la vejiga (denominada cistectomía radical), que incluye la disección de un nódulo linfático pélvico y la reconstrucción de una bolsa de recolección de orina. Los resultados a largo plazo de la cistectomía, y sus complicaciones, están bien documentados. Entre el 40 % y el 60 % de los pacientes tratados con cistectomía radical siguen con vida a los cinco años.

Para todos los lugares del cuerpo donde podría surgir cáncer, nuestras terapias modernas buscan cada vez más erradicarlo y al mismo tiempo preservar el órgano afectado, y darle al paciente el mejor resultado funcional posible y, por ende, una buena calidad de vida. Esto se logra con la combinación de cirugías menores y radioterapia y quimioterapia, todo en dosificaciones más bajas que si se usaran solas. La terapia trimodal (*Tri-Modality Therapy*, TMT) contra el cáncer de vejiga sigue ese patrón justamente. Comienza con una resección agresiva del tumor visible, seguida de radioterapia (RT) administrada junto con la quimioterapia. Esta última hace que el resto del tumor sea más sensible a la radiación. Cuando los pacientes están bien seleccionados para este enfoque, puede ofrecer los mismos índices de curación si se lo compara con el tratamiento mediante cistectomía, y a la vez se preserva la funcionalidad de la vejiga. Este enfoque se promueve en pacientes que están muy motivados a conservar la vejiga o en pacientes que tienen tantos problemas médicos que una cistectomía radical sería simplemente una opción insegura.



Drugs are administered by injection into veins

### ¿Quién es apto para recibir terapia de preservación de la vejiga por medio de la TMT y de qué manera se realizará el seguimiento de ellos?

Hay muchos factores involucrados en la determinación de qué pacientes con cáncer de vejiga e invasión muscular son aptos para recibir la TMT. Idealmente, estos pacientes tendrían cáncer con la histología urotelial habitual (una pequeña porción tiene apariencia diferente bajo el microscopio). Tendrían la enfermedad en un estadio clínico de entre T2 y T3a, y ausencia de hidronefrosis (obstrucción parcial por el tumor del uréter que traslada la orina desde el riñón hacia la vejiga). Además, los mejores candidatos son aquellos que tienen tumores lo suficientemente pequeños como para haber sido extirpados visiblemente por completo en la TURBT. Si se realiza una extirpación visiblemente completa, entonces la radiación y la quimioterapia solo tienen el trabajo de acabar con el resto de las células microscópicas, un panorama más alentador.



En el caso de los pacientes que sean candidatos para la preservación de la vejiga, recomendamos que la quimioterapia y la radiación concurrentes sigan a la TURBT, en lugar de solo administrar únicamente RT o únicamente quimioterapia. Se prefiere la quimioterapia que incluye el fármaco cisplatino; sin embargo, la combinación de fluorouracilo con mitomicina C es una buena alternativa, especialmente para pacientes cuyos riñones no funcionan lo suficientemente bien como para que reciban quimioterapia con cisplatino.

La radiación se administra diariamente, 5 días a la semana, durante un período máximo de 7 semanas. El principal efecto secundario es la inflamación de la vejiga y el intestino adyacente (ganas frecuentes de orinar y evacuar) y, generalmente, disminuye una vez que finaliza la radioterapia.

Luego del tratamiento, los pacientes deben recibir un seguimiento minucioso con control por cistoscopia a fin de detectar la recurrencia del cáncer o el desarrollo de un nuevo tumor primario en la vejiga, o en algún otro sitio dentro del tracto urogenital (uréteres, vejiga, uretra).

Una minoría de pacientes tendrá tipos de cáncer que no respondan completamente a la TMT o que desarrollen una recurrencia invasiva después de la TMT. Para ellos, se recomienda una cistectomía "de rescate". Se puede curar una cantidad significativa de pacientes de esta manera.

# Bladder Preservation with Combined Modality Therapy

## La calidad de vida de los pacientes después del tratamiento

El objetivo principal de una terapia trimodal (TMT) es curar y preservar la vejiga a la vez. Sin embargo, la preservación de la vejiga solo tiene mérito si la vejiga preservada y otros órganos pélvicos funcionan con niveles aceptables después del tratamiento. Los pacientes deberían esperar cierto grado de síntomas irritativos urinarios y síntomas intestinales temporales durante el tratamiento, pero esto debe distinguirse de las complicaciones irreversibles graves que los médicos ahora se esfuerzan por evitar.

En general, la evidencia disponible respalda la conclusión de que las vejigas originarias de los pacientes funcionan bien, y que la toxicidad pélvica tardía se mantiene aceptablemente baja después de la terapia de preservación de la vejiga con TMT. La calidad de vida informada por un paciente y un estudio de urodinamia de sobrevivientes a largo plazo luego de la TMT de preservación de la vejiga demostraron que el 75 % de los pacientes tenían vejigas que funcionaban normalmente. El 6 % de los pacientes informó algún problema con el flujo urinario; el 15 %, con la urgencia urinaria; el 19 %, con algunas incontinencias; y el 22 %, con síntomas intestinales. Entre los hombres, el 36 % informó erecciones normales y otro 18 % notó erecciones más débiles que aun así eran suficientes para tener relaciones sexuales.

Otro estudio de 226 sobrevivientes a largo plazo que tenían cáncer de vejiga con invasión muscular comparó la calidad de vida informada por los pacientes en pacientes que recibieron tratamiento con TMT frente a los que sometieron a la cistectomía radical. Los pacientes que recibieron la TMT tuvieron una calidad de vida significativamente mejor relacionada con la salud general frente a los pacientes que se sometieron a una cistectomía radical. La TMT también brindó una mejor calidad de vida intestinal y una equivalente calidad de vida urinaria en comparación con lo brindado por la cistectomía radical.

Sin embargo, la función urinaria inicial del paciente antes del tratamiento es una consideración importante, ya que es posible que no merezca la pena conservar la vejiga de los pacientes que tenían una muy mala función urinaria inicial.

## Pautas de consenso

Múltiples organismos médicos nacionales e internacionales ya han desarrollado pautas de consenso, y todas recomiendan el uso de la terapia trimodal (TMT) para muchas presentaciones del cáncer de vejiga con invasión muscular. Los enfoques aquí presentados son coherentes con estas pautas. Además, la Bladder Cancer Advocacy Network, BCAN, (Red de Defensa contra el Cáncer de Vejiga) es la comunidad más grande de sobrevivientes de cáncer de vejiga, de defensores, de profesionales médicos y de profesionales de investigación que ofrece capacitaciones y apoyo para pacientes y proveedores, además de la financiación para seguir desarrollando investigaciones sobre el cáncer de vejiga.



## Toma de decisiones compartida entre el paciente y el médico

Cada vez más, los médicos están reconociendo que la opinión y el conjunto de valores de los pacientes son igual de importantes, sino más, que los propios. Diversos individuos dan un valor diferente a la preservación de la vejiga, a su rendimiento sexual o a su vida. Por ende, en la actualidad, los médicos participan en la toma de decisiones compartida, mediante la cual presentan, de manera abierta y honesta, las opciones a los pacientes, junto con los riesgos y los beneficios. Luego, los pacientes incluyen sus prioridades para ayudarlos a llegar a una determinación sobre el mejor tratamiento. Ya se han acumulado muchos datos de respaldo de las terapias de preservación de la vejiga, y las sociedades médicas internacionales apoyan este enfoque en sus pautas. Como resultado, en la actualidad, la conservación de la vejiga puede verdaderamente formar parte del debate con cada paciente que tenga cáncer de vejiga con invasión muscular. Para algunos pacientes, será su preferencia o la de sus médicos; para otros, no lo será. No obstante, todos deberían tener la opción de poder debatirlo.



**WILLIAM U. SHIPLEY,  
MD, FACR**  
*Harvard Medical School  
& Massachusetts  
General Hospital*

William U. Shipley, MD, FACR, es el profesor distinguido como Andres Soriano de Oncología Radioterápica en Harvard Medical School y jefe de Oncología Genitourinaria del Departamento de Oncología Radioterápica del Massachusetts General Hospital (MGH). El Dr. Shipley es líder de la investigación clínica en el área de oncología genitourinaria respecto de la evaluación de la atención del cáncer con una multimodalidad. Participó en una cooperación muy especial con sus colegas del MGH de urología, oncología médica, oncología radioterápica y patología, que dio como resultado la implementación de siete protocolos nacionales sucesivos para tratar a pacientes con cáncer de vejiga con invasión muscular usando un enfoque de multimodalidad que permitió que más de dos tercios de esos pacientes no tuvieran que someterse a una cirugía radical de extirpación de la vejiga.