



# Aspectos básicos sobre el cáncer de vejiga

Para personas recientemente  
diagnosticadas

La información que se presenta en esta guía para pacientes no reemplaza la atención médica o los consejos de su médico. Hable con su médico u otros profesionales de la salud acerca de la información que aquí se presenta.

Agradecemos a los médicos, enfermeros y voluntarios de BCAN (Bladder Cancer Advocacy Network) que colaboraron con el contenido de este folleto.

Esta publicación cuenta con el respaldo de becas de estudio de:



Las ilustraciones originales aquí provistas son cortesía del Dr. Javier González e Ikumi Kayama, MA.

# No está solo

**“Tiene cáncer de vejiga”** quizá sean palabras que nunca hubiera esperado oír. Lo más importante que debe saber es que no está solo. Existen personas y recursos para ayudarlo.

En este momento, es posible que esté abrumado. Puede estar asustado y, quizás, enfadado. Es importante que conozca los hechos cuando comience esta experiencia. El objetivo de este folleto es ayudarlo a que esté informado acerca del cáncer de vejiga y las opciones de tratamiento. Tome el control de su tratamiento y su vida. La red BCAN lo alienta a que interactúe de manera activa con su equipo de atención médica.

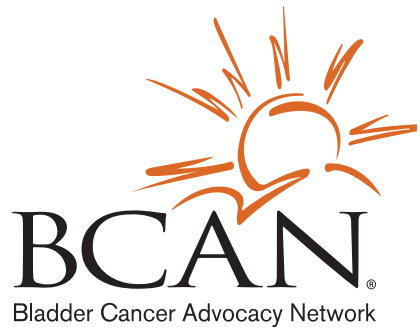
Quizás se sorprenda al saber que el cáncer de vejiga es uno de los cánceres más frecuentemente diagnosticados. En EE. UU. se registran 80 000 casos nuevos cada año, aproximadamente. Para 2025, se estima que habrá más de 750 000 sobrevivientes de cáncer de vejiga en los Estados Unidos.

Trate de aprender todo lo que pueda acerca del diagnóstico y las opciones de tratamiento. Su equipo médico es un excelente lugar para comenzar. También puede obtener información sobre el cáncer de vejiga en nuestro sitio web, [www.bcan.org](http://www.bcan.org), y a partir de otros pacientes que lo han padecido antes que usted.

Existen pautas que los médicos deben seguir para tratar la mayoría de los tipos de cáncer. Estas han sido elaboradas por expertos, luego de revisar investigaciones que mejoran la calidad, efectividad y eficacia de la atención para el cáncer. Expertos de la Asociación Estadounidense de Urología (AUA, por sus siglas en inglés) y la Sociedad de Urología Oncológica (SUO, por sus siglas en inglés) redactaron las pautas para el tratamiento del cáncer de vejiga no músculo-invasivo en 2016.

En 2017, la AUA y la SUO se unieron a la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés) y a la Sociedad Estadounidense de Oncología Radioterápica (ASTRO, por sus siglas en inglés) para redactar las primeras pautas para el tratamiento del cáncer de vejiga músculo-invasivo. La red nacional integral del cáncer, National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®), un grupo que lidera centros de cáncer, también cuenta con pautas para el tratamiento del cáncer de vejiga. Pídale a su médico que siga estas pautas.

Elija a un médico que tenga experiencia en el tratamiento de cáncer de vejiga. Encuentre a alguien en quien pueda confiar y que le responda las preguntas que tenga. Si lo desea, puede consultar con otros médicos para tener una segunda e, incluso, tercera opinión. Si comprende sus opciones, podrá tomar decisiones bien fundadas. Tome el control de su enfermedad. Aprenda a vivir con el cáncer de vejiga.



## Acerca de la BCAN

BCAN, Bladder Cancer Advocacy Network, es una organización nacional de amparo para los pacientes. Nos dedicamos a mejorar el conocimiento público del cáncer de vejiga y a aumentar la cantidad de investigaciones dirigidas al diagnóstico, tratamiento y cura de la enfermedad.

La BCAN fue fundada en 2005 por Diane Zipursky Quale y su esposo, John Quale. Cuando a John le diagnosticaron cáncer de vejiga en el año 2000, descubrieron que había poca información entre el público y la comunidad médica en general acerca de las causas, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad. El cáncer de vejiga es una enfermedad de la que nadie quiere hablar en público. Esta falta de reconocimiento público implica que haya menos financiación para investigaciones dedicadas al diagnóstico, el tratamiento y la cura del cáncer de vejiga.

La BCAN es una organización sin fines de lucro respaldada por contribuciones públicas. Es un esfuerzo cooperativo que se realiza con la colaboración de sobrevivientes del cáncer de vejiga, sus familiares y cuidadores, y la comunidad médica y de investigación. Más de 60 urólogos, oncólogos, radiólogos y patólogos reconocidos participan de la comisión científica asesora de la BCAN. Estos expertos representan muchos de los centros de cáncer más importantes de los Estados Unidos y Canadá.

La BCAN ofrece servicios, información y recursos para los sobrevivientes del cáncer de vejiga y cuidadores. Lo invitamos a sumarse a nuestros esfuerzos por generar conciencia acerca de esta enfermedad predominante y a trabajar por encontrar una cura para el cáncer de vejiga.

# Índice

## Información acerca del cáncer de vejiga

La vejiga y su función.....	6
¿Qué es el cáncer de vejiga?.....	8
Factores de riesgo para el cáncer de vejiga.....	9
Signos y síntomas frecuentes del cáncer de vejiga.....	10
Tipos de pruebas utilizadas para diagnosticar el cáncer de vejiga.....	12
Análisis radiológico (rayos x): Urografía por TC.....	12
Cistoscopia.....	13
Determinación de estadio y grado del cáncer de vejiga.....	15

## Tratamiento del cáncer de vejiga

RTUv: Resección transuretral de un tumor vesical.....	18
Cistoscopia mejorada.....	20
Terapia intravesical: Tratamientos para tumores no invasivos.....	21
Extirpación de vejiga y reconstrucción.....	24
Tipos de derivación urinaria.....	26
Conducto ileal.....	26
Reservorio urinario continente.....	28
Neovejiga ortopédica.....	29
Quimioterapia.....	30
Terapia para conservación de la vejiga.....	32
Inmunoterapia.....	33

## Vivir con cáncer de vejiga

Cómo ser un paciente proactivo.....	34
Preguntas para su médico.....	35
Supervivencia y calidad de vida.....	36
Investigaciones y ensayos clínicos.....	38
¿Qué sigue?.....	40

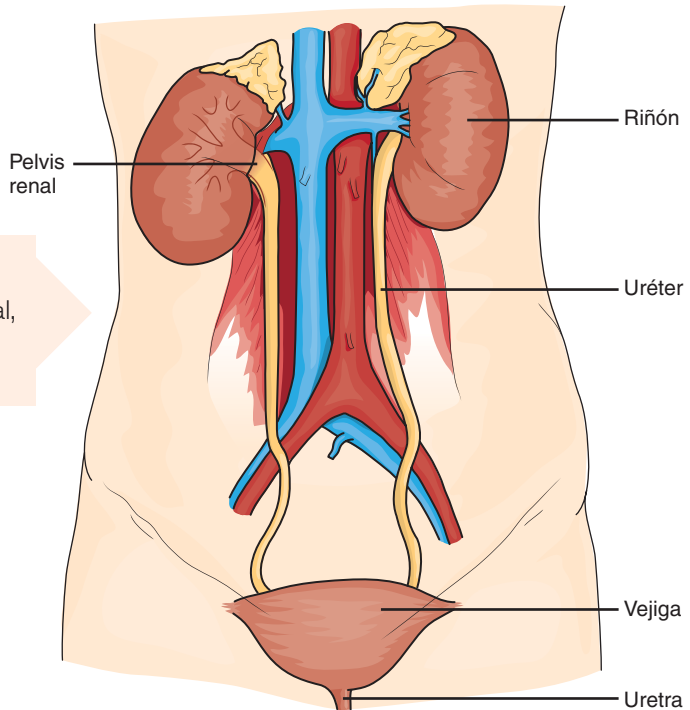
## Pautas para el tratamiento del cáncer de vejiga.....

## Glosario.....

## La vejiga y su función

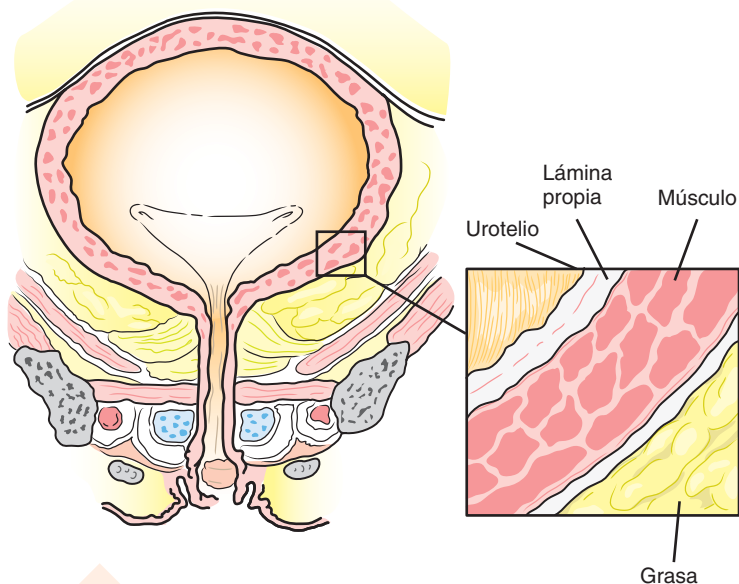
La vejiga forma parte de nuestro sistema urinario, que filtra los desperdicios de la sangre. La mayoría del trabajo de filtrado en el sistema humano lo realizan los riñones. Estos filtran, aproximadamente, el 20 % del volumen de sangre total por minuto, y eliminan de la sangre los desperdicios derivados de la digestión y otras funciones corporales. El desperdicio filtrado es la orina. Esta se almacena en la parte central del riñón, que se denomina pelvis renal.

A intervalos regulares, la pelvis renal se contrae y empuja la orina por los uréteres. Estos dos túbulos estrechos, de paredes delgadas, van desde la pelvis renal en cada riñón hasta la vejiga. La vejiga está unida a la uretra, un túbulo delgado que elimina la orina del cuerpo. En los hombres, la uretra pasa por la próstata y el pene. En las mujeres, la uretra es más corta y sale por arriba del orificio vaginal.



**FIGURA 1**

Riñón, pelvis renal,  
uréter, vejiga,  
uretra

**FIGURA 2**

Vejiga, urotelio,  
lámina propia, músculo

La vejiga es como un globo con una pared muscular gruesa por fuera. Tiene una capa interna relativamente delgada (**figura 2**). Esta capa interna (**urotelio** o **epitelio**) tiene varias capas de células, llamadas células **de transición** o **uroteliales**. La **lámina propia** es una capa especializada que se encuentra entre la mucosa urotelial interna y la pared muscular de la vejiga.

Para la mayoría de las personas, la vejiga puede acumular hasta 476 ml (16 onzas) de orina por vez. La vejiga se expande y achica, dependiendo de la cantidad de líquido que almacena. Cuando es momento de orinar, el cerebro envía mensajes que le indican a la vejiga que se contraiga y empuje la orina a través de la uretra para que salga del cuerpo.

## ¿Qué es el cáncer de vejiga?

El cáncer de vejiga aparece cuando las células de la vejiga comienzan a crecer sin control. La mayoría de los cánceres de vejiga se desarrollan en las células de transición de la capa interna de la vejiga, que se encuentra en contacto con la orina. El cáncer de vejiga con frecuencia se describe en función de cuánto ha invadido la pared de la vejiga. El cáncer de vejiga no músculo-invasivo se desarrolla en la capa interna de la vejiga. Las células de transición que revisten la vejiga también se encuentran en las capas internas de la pelvis renal, los uréteres y la uretra. Tipos de cáncer parecidos pueden aparecer en estas áreas, pero esto sucede con mucha menos frecuencia.

**Generalmente, un urólogo, o un urólogo que trabaja en conjunto con un oncólogo, es quien diagnostica y trata el cáncer de vejiga. Los urólogos se especializan en los trastornos y tipos de cáncer de las vías urinarias. Cuando el cáncer de vejiga invade la capa muscular, es posible que otros profesionales, como oncólogos clínicos o de radioterapia, se unan al equipo de atención médica.**

A veces, el cáncer se propaga a las capas más profundas de la vejiga. Esto se denomina cáncer de vejiga músculo-invasivo. A medida que el cáncer se extiende por estas capas hacia la pared y el músculo de la vejiga, se torna más difícil tratarlo.

Obtenga más información en [www.bcan.org/what-is-bladder-cancer](http://www.bcan.org/what-is-bladder-cancer)





## Factores de riesgo para el cáncer de vejiga



Los factores de riesgo para el cáncer de vejiga pueden ser tanto personales, ocupacionales y ambientales, como genéticos.



Fumar tabaco es el factor de riesgo más común para el cáncer de vejiga. El diagnóstico de cáncer de vejiga en fumadores duplica en cantidad al de personas que no fuman. No obstante, muchas de las personas diagnosticadas nunca han fumado.



Los trabajadores expuestos a ciertas sustancias químicas industriales tienen mayor probabilidad de presentar cáncer de vejiga.



Los hombres tienen entre 3 y 4 veces más probabilidades que las mujeres de tener este diagnóstico. Pero en las mujeres es más probable encontrar formas del tumor más avanzadas.



La presencia de arsénico en el agua potable y la exposición a otras toxinas ambientales aumentan el riesgo de presentar cáncer de vejiga.



El riesgo de desarrollar cáncer de vejiga aumenta con la edad.

## Signos y síntomas frecuentes del cáncer de vejiga

El signo clínico más frecuente asociado al cáncer de vejiga es la presencia de sangre en la orina. Cuando el paciente detecta esto, se lo denomina "**hematuria** macroscópica". Con frecuencia, es posible que la orina no presente signos visibles de sangre. Las cantidades microscópicas de sangre pueden detectarse con un examen conocido como análisis de orina. Este examen puede formar parte de un examen físico de rutina o para evaluar los síntomas urinarios (esto es, ardor, frecuencia, urgencia, etc.).

La presencia de sangre en la orina no necesariamente implica que la persona tiene cáncer de vejiga. Una hematuria puede presentarse en afecciones no cancerosas. Entre estas se incluyen infección de las vías urinarias, cálculos renales, una hipertrofia prostática benigna, y enfermedades del riñón.

Si una persona que tiene sangre en la orina también se queja por dolores en el costado/lateral de la espalda, es más probable que tenga cálculos renales en lugar de cáncer de vejiga. Cada uno de los pacientes que tengan estos síntomas puede ser un caso diferente y no necesariamente corresponder a un patrón determinado. Todos los pacientes con sangre en la orina, en ausencia de una infección confirmada u otra causa, deben ser derivados a un urólogo para que los examine.

Además de presencia de sangre en la orina, los pacientes con cáncer de vejiga diagnosticado pueden quejarse por "síntomas obstructivos irritativos". Es posible que orinen con más frecuencia, que sientan una necesidad imperiosa de orinar, o que sientan que la vejiga no se vacía por completo. Estos síntomas pueden deberse a causas no cancerosas. Es necesario realizar una evaluación médica para determinar si es indispensable que un urólogo lo examine en más detalle.

**FIGURA 3**

Una hematuria puede ser un signo de advertencia para el cáncer de vejiga.

Si hay un tumor vesical bloqueando la uretra (el tubo que conecta los riñones con la vejiga), es posible que el paciente tenga un funcionamiento renal anormal. La hinchazón de los riñones se puede observar con una prueba de diagnóstico por imagen, como un ultrasonido o una tomografía axial computarizada (TAC).

Si bien no es frecuente, el cáncer de vejiga puede detectarse cuando el proveedor de atención médica está evaluando otra afección. Por ejemplo, si se realiza una TAC luego de un accidente automovilístico para evaluar lesiones de fondo, esta podría identificar un tumor vesical.

Obtenga más información en [www.bcan.org/signs-risk-factors](http://www.bcan.org/signs-risk-factors)

## Tipos de pruebas utilizadas para diagnosticar el cáncer de vejiga

El urólogo le realizará varios exámenes para evaluar las vías urinarias. Los exámenes más comunes que se realizan como parte de los "análisis de hematuria" incluyen una urografía por tomografía computarizada (TC) y una cistoscopia.

### Análisis radiológico (rayos x): Urografía por TC

La **urografía por TC** es un examen radiológico que sirve para evaluar los posibles motivos de la presencia de sangre en la orina u otros síntomas. Este examen especializado utiliza contraste intravenoso (i.v.) (una sustancia que se utiliza para mejorar la visibilidad de estructuras internas en las exploraciones por imágenes con rayos X). Una urografía por TC examina las vías urinarias superiores (riñones y uréteres) en detalle.

Este examen es útil para detectar tumores en los riñones, la pelvis renal y la uretra, así como también para detectar otras patologías urológicas. Puede identificar cálculos renales e hidronefrosis (inflamación de los riñones, comúnmente debido a un bloqueo de la corriente). Además, se obtiene una imagen de todo el abdomen y la pelvis. Esto permite al radiólogo identificar otras anomalías en estas partes del cuerpo.

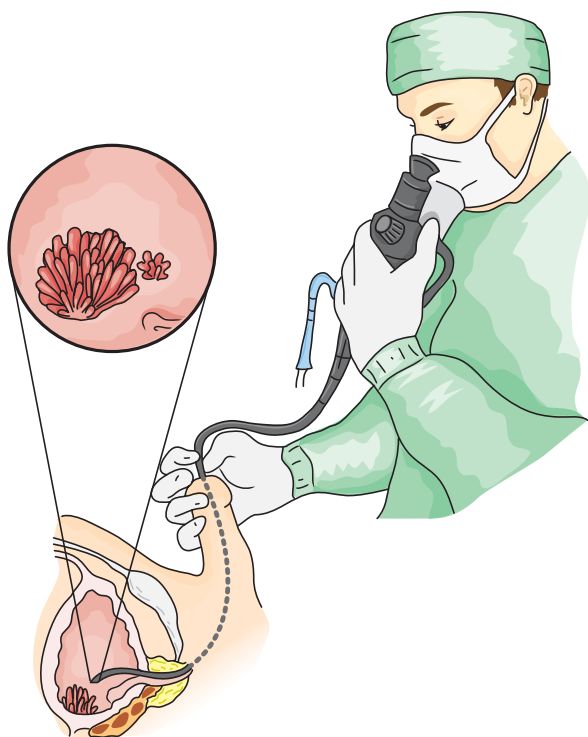
Su proveedor de atención médica le indicará que se realice un análisis de sangre para saber si el funcionamiento renal es normal, antes de que reciba el contraste necesario para una urografía por TC. Si no puede recibir el contraste, es posible que el proveedor de atención médica decida realizarle una TC sin contraste, u otro estudio de diagnóstico por imágenes. Es posible que se le indique un procedimiento denominado cistoscopia con pielografía retrógrada. El urólogo le realizará una radiografía al mismo tiempo que le inyecta tinte en los uréteres. Al igual que la urografía por TC, esto puede ayudar a identificar anomalías en los uréteres y la pelvis renal.

Si bien es posible que algunos tumores vesicales se detecten a través de una urografía por TC u otros exámenes de diagnóstico por imágenes, otros no se detectarán. Con frecuencia, el urólogo le sugerirá que se haga una cistoscopia para evaluar las vías urinarias bajas (vejiga/uretra) para encontrar el origen de la sangre en la orina, o para analizar otros síntomas urológicos.

## Cistoscopia

Si bien los análisis radiológicos ofrecen información importante acerca de los riñones y los uréteres, la **cistoscopia** sigue siendo el mejor método para evaluar la vejiga y la uretra. El cistoscopio, una cámara larga y delgada, se inserta a través de la uretra en la vejiga.

Hoy en día, con el uso de cistoscopios flexibles (**figura 4**), la mayoría de estos procedimientos de diagnóstico se realizan en una clínica de urología, con muy pocas incomodidades, o ninguna en absoluto. El urólogo mirará a través del cistoscopio y tomará nota de cualquier anomalía que detecte en la vejiga. Si se identifica un tumor u otra anomalía, el urólogo probablemente le programe una cistoscopia con anestesia, para realizar una biopsia vesical o “resección transuretral del tumor vesical” (RTUv).



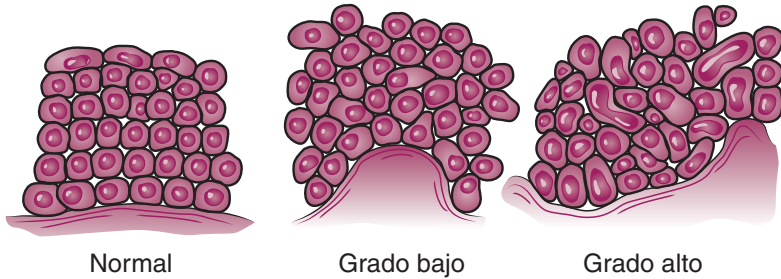
### FIGURA 4

La cistoscopia es el estándar de referencia para diagnosticar un cáncer de vejiga.

La muestra de tejido, o **biopsia**, se enviará a un **patólogo** para que la analice. Los patólogos son médicos que analizan una muestra de tejido, o biopsia, para determinar si la lesión es benigna o cancerosa. Una muestra de la orina de la vejiga se enviará para el análisis de las células (estudio citológico), a fin de determinar si la orina contiene células malignas. La muestra de biopsia y la muestra de orina permitirán al urólogo brindarle recomendaciones acerca de su atención futura.

Si el procedimiento se realiza en el consultorio del médico, una vez que finalice, el paciente se irá a su casa. Luego de una cistoscopia, puede haber síntomas de vejiga irritada o algo de sangrado por uno o dos días. Si los síntomas no mejoran entre 3 y 5 días después del procedimiento, avísele al urólogo. Ver sangre en la orina puede ser algo preocupante. Incluso cantidades pequeñas de sangre pueden modificar el color de la orina radicalmente. Esto debería resolverse solo. Asegúrese de mantenerse hidratado para ayudar a mantener la orina diluida.

Obtenga más información en [www.bcan.org/diagnosing-monitoring](http://www.bcan.org/diagnosing-monitoring)



**FIGURA 5**

Grado de un tumor

## Determinación de estadio y grado del cáncer de vejiga

La mayoría de los tumores vesicales se encuentran en la pared interna de la vejiga (epitelio o urotelio). Los tumores restantes provienen de otros elementos en la pared de la vejiga. Entre estos se incluyen los músculos, los vasos sanguíneos, elementos del tejido conjuntivo y nervios.

Los tumores que crecen en la superficie urotelial pueden comenzar como papilomas (estructuras protuberantes arborescentes) o sésiles (estructuras planas, no protuberantes). Tanto los papilomas como los tumores planos tienen el potencial de ser invasivos (crecer en la pared de la vejiga), dependiendo del grado de malignidad de la lesión. Una lesión es un término general para indicar cualquier anomalía. Si bien algunas lesiones vesicales son cancerosas, también puede haber lesiones benignas. Para describir el tumor vesical se utilizan los criterios de grado y estadio.

El **grado (figura 5 en página opuesta)** se refiere al aspecto de las células del cáncer bajo el microscopio.

El grado se aplica principalmente a lesiones no invasivas. Entre los tumores papilares se incluyen el papiloma, la neoplasia urotelial papilar de bajo potencial maligno (PUNLMP, por sus siglas en inglés), carcinoma urotelial papilar de bajo grado de malignidad, y el carcinoma urotelial papilar de gran malignidad.

Entre las lesiones planas se incluyen: proliferación urotelial de potencial maligno incierto (UPUMP, por sus siglas en inglés), displasia urotelial y carcinoma urotelial localizado (CIS, por sus siglas en inglés). La diferencia más importante en el pronóstico o el desenlace de una enfermedad radica en la identificación de las lesiones de alto grado. Entre estas se incluyen el carcinoma urotelial papilar de grado alto y el CIS. Estas dos lesiones tienen una probabilidad mayor de progresar y convertirse en una enfermedad invasiva y, potencialmente, propagarse afuera de la vejiga ("metástasis").

Obtenga más información en [www.bcan.org/types-stages-grades](http://www.bcan.org/types-stages-grades)

**Una neoplasia es un crecimiento nuevo y descontrolado de células, conocido como tumor.**

La **determinación del estadio** es un método para clasificar cuánto ha crecido y se ha propagado el cáncer. El estadio le indica lo siguiente acerca del tumor:

- *si ha crecido únicamente en la pared interna de la vejiga (no invasivo);*
- *si ha invadido o ha traspasado la pared vesical (músculo-invasivo);*
- *si se ha propagado por fuera de la vejiga y hacia otras partes del cuerpo (metástasis).*

El estadio se describe usando la letra "T", seguida de una letra o un número del 0 al 4. Puede que se utilice una designación de estadios para la determinación clínica del estadio. Mientras mayor sea el número, mayor será la propagación de cáncer fuera del sitio original en la pared vesical.

Los siguientes son los estadios para tumores vesicales:  
**(ver figura 6 en página opuesta)**

**T0:** No hay tumor

**Ta:** Tumor papilar (creciendo por fuera de la superficie) no invasivo

**Tis (CIS):** Carcinoma urotelial localizado (tumor plano, no invasivo que, generalmente es un cáncer de grado alto)

**T1:** El tumor ingresa en la lámina propia, la capa superior de la vejiga, pero no es músculo-invasivo.

**T2:** El tumor invade la capa muscular (músculo-invasivo).

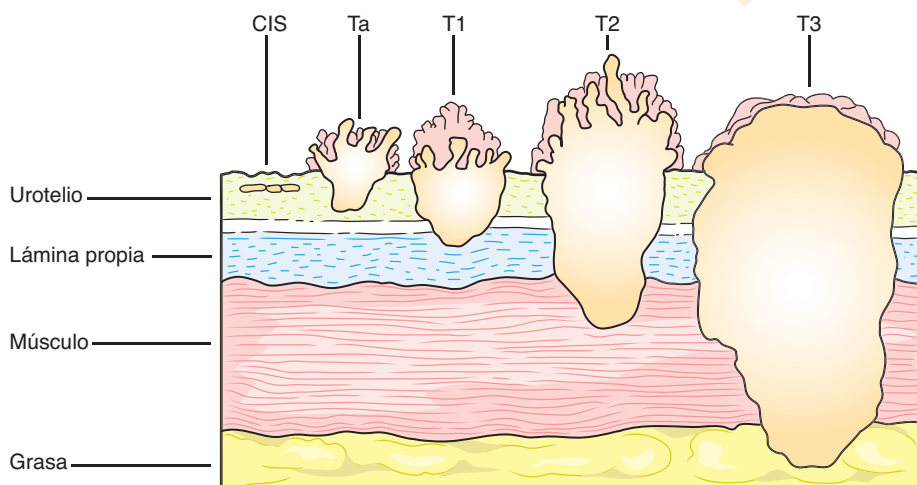
**T3:** El tumor crece a través de la pared vesical en la capa de grasa circundante.

**T4:** El tumor invade otros órganos cercanos a la vejiga (es decir, próstata, útero, vagina, pared pélvica).



**FIGURA 6**

Estadios y su invasión en la pared vesical



Una vez que el tumor ha invadido la lámina propia (estadio T1), se considera un tumor invasivo. Tiene el potencial de propagarse a través de la pared muscular (estadios T2-T4). Además, es posible que el tumor se propague a ganglios linfáticos u órganos cercanos fuera de la vejiga.

Los ganglios linfáticos son pequeñas glándulas que almacenan glóbulos blancos que ayudan a combatir las enfermedades en todo el cuerpo. La presencia de células cancerosas en los ganglios linfáticos indica que el tumor ha desarrollado una metástasis o se ha propagado por fuera de la vejiga. Si esto sucede, es posible que sea necesario realizar algún tratamiento adicional, como quimioterapia.

**Un tumor metastásico se disemina hacia los ganglios linfáticos u órganos que se encuentran más alejados de la vejiga.**

El hecho de conocer el grado puede ayudar a su médico a predecir con qué velocidad crecerá el tumor, si volverá a aparecer (recaída) y si tiene probabilidades de propagarse por invasión o metástasis. En conjunto, los criterios de grado y estadio pueden ayudar a su médico a elegir las mejores opciones de tratamiento.

# RTUv: Resección transuretral de un tumor vesical

Por lo general, luego de haber diagnosticado un tumor vesical, el urólogo le sugerirá al paciente que se realice un procedimiento ambulatorio con anestesia (general o raquídea) en el hospital o centro quirúrgico para analizar la vejiga en más detalle. Durante este procedimiento, el urólogo extirpará (**resecar**) los tumores, en la medida de lo posible. Probablemente el médico se refiera a este procedimiento como una **RTUv (resección transuretral de un tumor vesical)**.

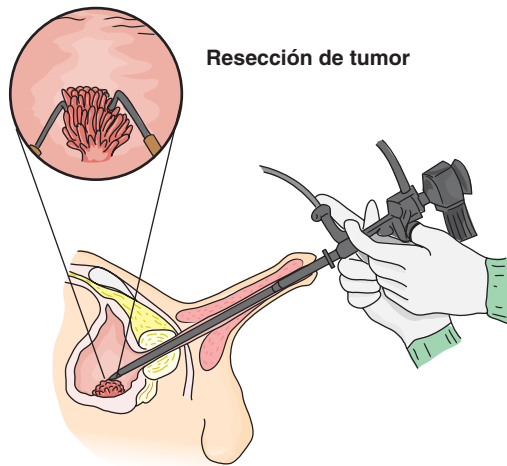
La RTUv generalmente se realiza en un hospital como tratamiento ambulatorio.

La RTUv es una cirugía sin incisiones. Es decir que el médico no tiene que hacer ningún corte para ingresar en el cuerpo. La RTUv es un procedimiento **transuretral**, lo que significa que el médico insertará el instrumento utilizado para quitar el tumor a

través de la uretra y en la vejiga. Este instrumento se denomina **resectoscopio**. Unido al resectoscopio hay un pequeño alambre con electricidad. El médico mueve este alambre de un lado al otro a través del tumor para cortar y extraer el tejido (**figura 7**).

**FIGURA 7**

Resección de tumor (RTUv)



La electricidad del alambre se usa para cortar el tumor y sellar los vasos sanguíneos. Esto detiene el sangrado cuando se extirpan tumores. A veces, este procedimiento se denomina **electrocauterización** o **fulguración**.

La RTUv se puede realizar reiteradamente, con riesgos mínimos para el paciente y obtención de excelentes resultados. El riesgo de infección o lesión en la vejiga es menor al 10 %. Y ambos generalmente pueden corregirse.

Los riesgos más comunes de la RTUv son sangrado, dolor y ardor al orinar. Son todos riesgos temporales. Si el tumor que se extirpó es grande, es posible que el urólogo decida dejar un **catéter** en la vejiga por algunos días para reducir los problemas de hemorragia. Esto previene la formación de coágulos en la vejiga, o la expansión de la vejiga por exceso de orina o sangre. Incluso si el tumor es pequeño, es posible que se inserte un catéter para limpiar la vejiga si hay posibilidades de sangrado o dificultades para orinar.

Todas las muestras de tumor que se extraen durante la RTUv se envían al patólogo para su análisis. Los patólogos son médicos especializados en observar tejido de tumores. Ellos determinan el estadio o la profundidad de la invasión del cáncer. Evalúan el grado del tumor (aspecto de agresividad de las células cancerosas).

Las recomendaciones para el tratamiento se basan en el estadio y el grado del cáncer. Estos indican el riesgo de que el cáncer recurra (vuelva a aparecer) o que progrese (empeoramiento del estadio o grado). Si hay un solo tumor y es del tipo no invasivo y de grado bajo, el urólogo con frecuencia optará por controlar al paciente con cistoscopias periódicas, dado que este tipo de cáncer raras veces empeora.

A veces, los cánceres en la vejiga son grandes. Puede haber varios tumores en la vejiga, o signos de invasión en la lámina propia (estadio T1 o superior). En estos casos, es posible que el urólogo le recomiende que se "repita la resección", para asegurarse de que no haya cáncer residual u otro tipo de cáncer que se haya obviado. Generalmente, esto se realiza a las 3 o 4 semanas de la primera resección, para permitir que la vejiga se desinflame.

## Cistoscopia mejorada

Es posible que el urólogo le ofrezca una técnica de cistoscopia mejorada al momento de realizar la biopsia vesical/RTUv. La cistoscopia de luz azul con Cysview (BLCC, por sus siglas en inglés) es una técnica que involucra el uso de un generador de imágenes en la vejiga. Este agente se une a las células de cáncer dentro de la vejiga. Cuando el urólogo emite una longitud de onda específica de una luz, que se ve azul, los sitios del tumor irradian un color rosa fluorescente. Esta técnica permite a los urólogos dirigir sus biopsias con exactitud. Pueden ver mejor tumores pequeños que quizás pasen desapercibidos con una cistoscopia tradicional. Se ha demostrado que las RTUv realizadas con BLCC producen como resultado una reducción en las tasas de reincidencia del tumor, en comparación con las RTUv



**Imagen de vejiga con cistoscopia con luz blanca únicamente**



**Misma imagen después de usar cistoscopia con luz azul con Cysview (BLCC)**

realizadas con cistoscopia de luz blanca únicamente. Otra técnica de cistoscopia mejorada es la generación de imágenes de banda estrecha. Con este procedimiento no es necesario infiltrar un agente en la vejiga. Se usa un equipo especial para alterar la longitud de onda de la luz desde el cistoscopio. Esto mejora las áreas de "hipervascularidad" en la vejiga. En otras palabras, las áreas con muchos vasos sanguíneos se verán con más detalle. Los tumores vesicales tienden a tener un mayor suministro sanguíneo que los alimenta. Este diagnóstico por imágenes puede ayudar al urólogo a detectar y tratar el tumor vesical. Ambas tecnologías son relativamente costosas, es posible que no se ofrezcan en todos los centros al momento de esta publicación.

**El cáncer de vejiga implica un proceso de control a largo plazo que requiere de diligencia y cumplimiento por parte del paciente.**

Independientemente de lo que determine el patólogo, para el cáncer de vejiga se requiere control a largo plazo. Una vez que se ha detectado el cáncer de vejiga, la mayoría de los pacientes se somete a una cistoscopia cada tres o seis meses durante los primeros dos a

cuatro años. Dependiendo del estadio y el grado de la enfermedad, luego un paciente puede realizarse una por año. Los tumores no invasivos de grado bajo requieren de control menos frecuente que los cánceres de grado alto.

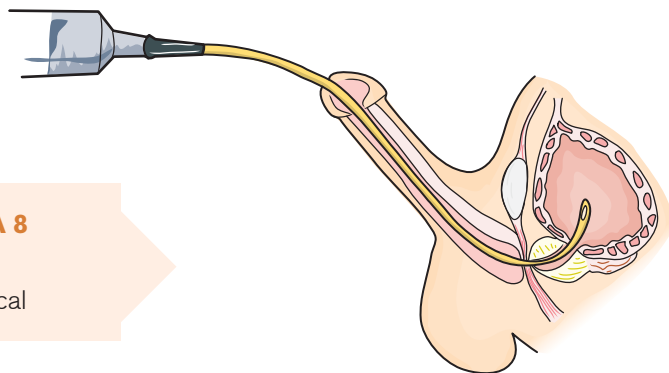
Si se detecta un tumor nuevo, el cronograma se vuelve a comenzar desde el principio. Si usted mantiene debidamente los controles habituales con su urólogo, los nuevos tumores se pueden detectar de forma temprana. Esto reduce en gran parte el riesgo de que surja una enfermedad invasiva.

Obtenga más información en [www.bcan.org/trubt](http://www.bcan.org/trubt)

## Terapia intravesical: Tratamientos para tumores no invasivos

La **terapia intravesical** involucra el uso de un fármaco que se coloca directamente en la vejiga. "Intravesical" quiere decir que el medicamento se coloca adentro de la vejiga, en lugar de tomarlo como una pastilla o de colocarlo en las venas.

Se inserta un catéter en la uretra. El medicamento líquido se introduce en la vejiga a través del catéter (**figura 8**). Dado que la vejiga no absorbe líquidos, el medicamento permanece allí. Este es un tratamiento local. El fármaco se usa para tratar el tumor y el área de alrededor, en lugar de afectar a todo el cuerpo o a gran parte de este.



**FIGURA 8**

Terapia  
intravesical



Existen dos tipos de fármacos que generalmente se usan como terapia intravesical:

- **La quimioterapia intravesical** incluye fármacos que interactúan directamente con las células de la vejiga para provocar muerte celular. Por otro lado, la quimioterapia sistémica afecta al cuerpo entero.

Existen distintos fármacos para la quimioterapia del cáncer de vejiga, entre estos se incluyen la mitomicina C, la gemcitabina, y la valrubicina. Estos fármacos pueden usarse inmediatamente después de la RTUv o más adelante, como terapias adicionales. Si se usan directamente después de una RTUv, pueden ayudar a reducir la recaída temprana, en particular en cánceres de grado bajo. Para pacientes con tumores recurrentes, es posible que se recomiende tratamiento 2 a 3 semanas después de la RTUv y que se indique semanalmente por 6 semanas y, ocasionalmente, como tratamiento de mantenimiento mensual.

Entre los efectos secundarios de la quimioterapia intravesical se incluyen dolor al orinar y "cistitis química". Esta es una irritación de la pared de la vejiga, que puede parecer una infección de las vías urinarias. Ambos efectos secundarios son temporales y desaparecerán una vez que la terapia haya finalizado.

- **El bacilo de Calmette-Guérin o BCG es un tratamiento de inmunoterapia intravesical.**

El BCG provoca una reacción alérgica o inmune en la vejiga. Se ha demostrado que destruye las células de cáncer en la pared de la vejiga. Con frecuencia, se prefiere este tratamiento para pacientes con tumores de grado alto o que tienen CIS o enfermedad en estadio T1, para reducir el riesgo de recurrencia.

El tratamiento con BCG solo puede brindarse cuando la vejiga se ha curado de una RTUv y no hay signos de infección o sangrado. Normalmente, el BCG se administra una vez por semana, durante seis semanas. En cada ocasión, se le pide al paciente que retenga el fármaco en la vejiga por dos horas.

Después de seis semanas de tratamiento, el urólogo puede sugerir una terapia de mantenimiento con BCG para reducir la posibilidad de que el tumor recurra. Esto generalmente implica tres semanas de administración de BCG cada tres o seis meses, durante dos o tres años como máximo.

El BCG es una forma químicamente debilitada de la bacteria de la tuberculosis. Funciona porque la bacteria genera una respuesta inmunológica en la vejiga. Dado que las bacterias están debilitadas, existe muy poco riesgo de infección por la presencia de esta. Sin embargo, si el paciente presenta dolor intenso o fiebre con síntomas parecidos a los de la gripe, deberá llamar al urólogo de inmediato. Es importante reconocer los síntomas de una infección sistémica por BCG.

Pregúntele a su médico a qué signos y síntomas debe estar atento, así como también qué instrucciones debe seguir después del tratamiento con BCG.

Obtenga más información en [www.bcan.org/intravesical-therapy](http://www.bcan.org/intravesical-therapy)

## Extirpación de vejiga y reconstrucción

Si un tumor vesical invade la pared muscular, o si un tumor CIS o T1 recurre, a pesar de haber recibido terapia intravesical, es posible que el urólogo le sugiera la extracción de la vejiga, para que no se siga propagando. Esto se denomina **cistectomía radical**.

Antes de la cirugía, se le realizará una serie de exploraciones por TC y otras pruebas para controlar que el cáncer no se haya extendido o haya hecho metástasis en otras partes del cuerpo. Si el paciente tiene una enfermedad metastásica, se suele usar quimioterapia generalizada. Dependiendo de los síntomas de la vejiga del paciente y de la respuesta a la quimioterapia, es posible que las terapias con radiación, inmunoterapia o cirugía se sugieran más adelante.

Una cistectomía radical completa implica la extirpación de la vejiga y los ganglios linfáticos cercanos (**consulte la figura 9 en la página opuesta**). En los hombres, generalmente también implica la extirpación de la próstata. Para las mujeres, el cirujano también suele extirpar el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, y el cuello uterino y la parte de la vagina que está en contacto con la vejiga.

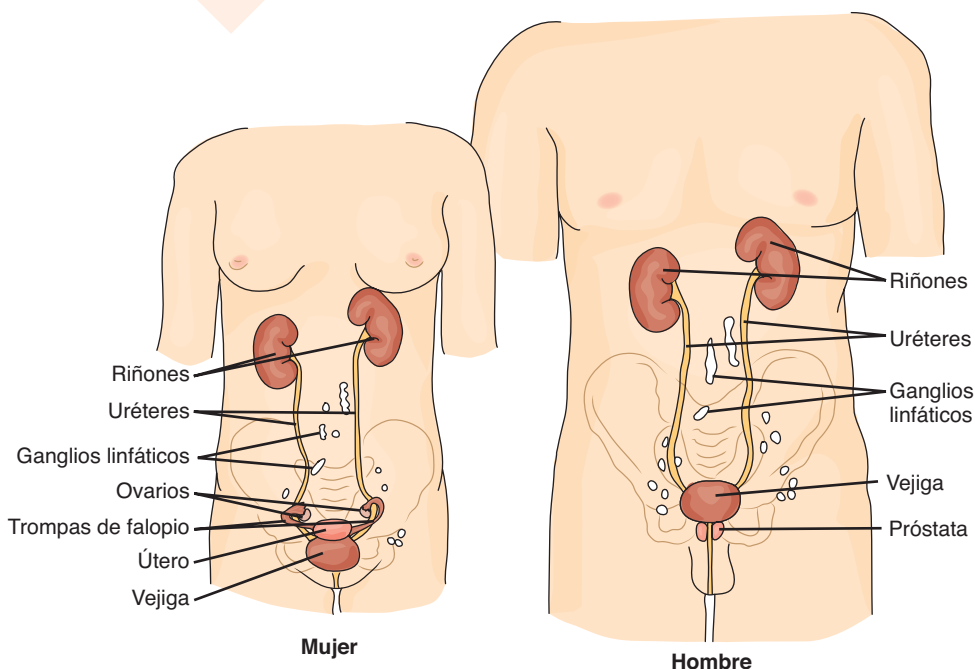
Una cistectomía radical es una cirugía mayor. Generalmente, requiere varios días de hospitalización. Luego, se requieren varias semanas de recuperación en el hogar, antes de volver a la actividad normal. Al igual que con cualquier otra cirugía, los pacientes pueden tener complicaciones como producto de la operación.





**FIGURA 9**

Imágenes de hombre y mujer en las que se señalan los órganos que generalmente se extirpan.



Una vez que se ha quitado la vejiga, el cirujano debe crear una nueva forma para que la orina pase por los riñones y se elimine del cuerpo.

Este nuevo camino se conoce como reconstrucción urinaria o derivación urinaria. Los tipos de derivación urinaria más comunes se describen en las siguientes páginas.

## Tipos de derivación urinaria

La elección del tipo de reconstrucción que funcionará mejor es una decisión completamente personal, entre el paciente y el médico. Depende de diversos factores, entre ellos, el estado de salud general del paciente, la edad y el alcance de la enfermedad. Existen ventajas y desventajas en cada tipo de reconstrucción. Asegúrese de analizar cada opción con su médico para que puedan acordar una que sea la mejor para usted. La BCAN o su médico pueden ayudarlo a ponerse en contacto con otros pacientes con distintos tipos de derivaciones, para que pueda conocer las ventajas y desventajas de cada una desde la perspectiva de un paciente.

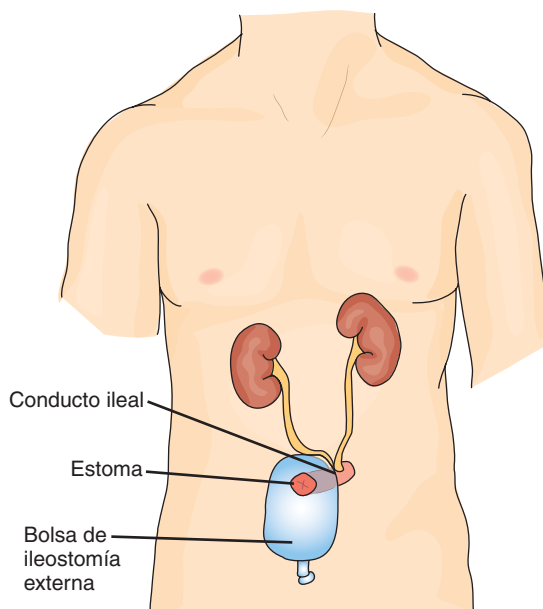
### Conducto ileal

Un conducto ileal es el tipo de reconstrucción más común y sencilla que puede realizar el urólogo. El cirujano crea una pequeña abertura en el abdomen, denominada **estoma**, o boca. Luego, toma un segmento corto del intestino delgado, llamado íleon, y conecta un extremo al estoma nuevo. Los uréteres, que normalmente llevan la orina de los riñones a la vejiga, se unen al otro extremo del conducto ileal.



En consecuencia, la orina ahora pasa de los uréteres al conducto ileal recientemente formado, luego al estoma y sale del cuerpo. Para recolectar la orina, se coloca un aparato plástico, conocido como **bolsa de ileostomía** (o **urostomía**), sobre el estoma. Dado que los nervios y el suministro sanguíneo se preservan, el conducto puede expulsar la orina hacia el aparato. Este aparato se usa por fuera del cuerpo, alrededor del estoma, las 24 horas del día.

Se denomina ostomía a todo orificio hecho quirúrgicamente y que permite expulsar desperdicios del cuerpo; existen enfermeros que se especializan en ayudar a pacientes con ostomías, incluidas las urostomías. El médico debe recomendarle un **enfermero especializado en ostomías** antes de la cirugía, para que pueda asesorarlo en cuanto a consultas acerca de dónde colocar el estoma y cómo elegir los instrumentos para el procedimiento.



**FIGURA 10**  
Conducto ileal

## Reservorio urinario continente (CCP)

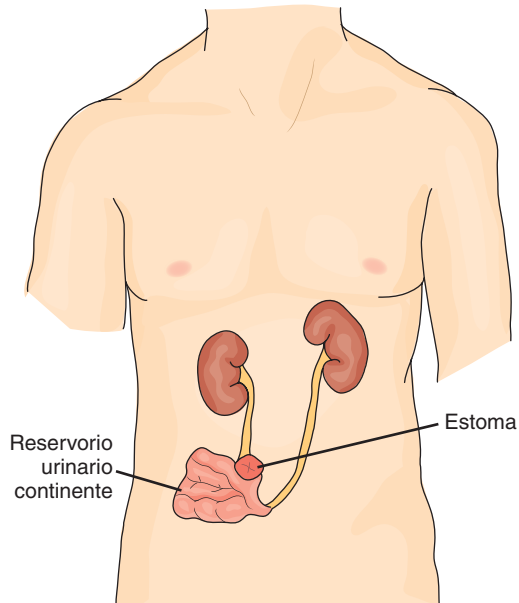
Un reservorio urinario continente (CCP, por sus siglas en inglés) es un recipiente interno para la orina. El tipo más común de reservorio urinario continente, o CCP, es el **reservorio de Indiana**.

Una vez que se extirpa la vejiga, el cirujano toma un segmento de intestino y lo utiliza para formar un fondo de saco nuevo, o reservorio, en el cuerpo para almacenar la orina. Este reservorio se conecta con los uréteres. El cirujano también hace un pequeño orificio en el abdomen, llamado estoma, y conecta el reservorio con el estoma. La orina pasa por los riñones, los uréteres, llega hasta el reservorio nuevo y sale por el estoma. El reservorio puede drenarse a través del estoma mediante la inserción de un tubo delgado, llamado catéter, en el estoma. Una vez que se vacía el reservorio, el catéter se puede quitar. La bolsa externa no es necesaria. En algunos casos, los pacientes cubren el estoma con una venda.

Dado que la capacidad para autodrenarse es fundamental para el paciente que se va a someter a una derivación urinaria continente, se debe evaluar al paciente por su capacidad para cuidarse de sí mismo.

### FIGURA 11

CCP/ Reservorio de Indiana

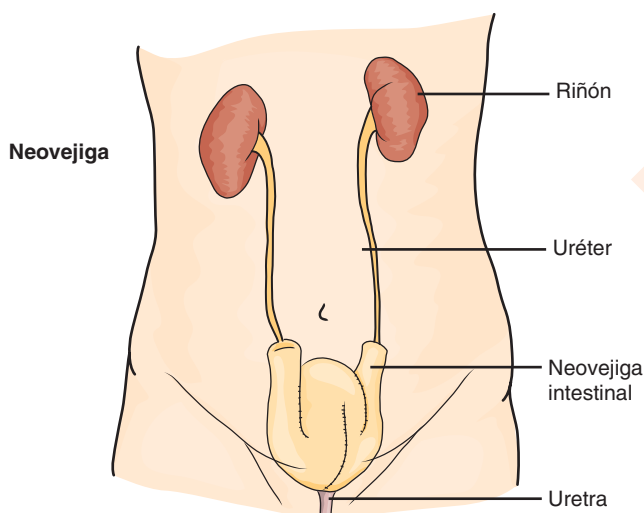


## Neovejiga ortopédica

Una **neovejiga ortopédica**, generalmente llamada neovejiga, es otro tipo de derivación urinaria interna. Una vez que se extirpa la vejiga, el cirujano toma un segmento de intestino y lo utiliza para formar un nuevo (neo) reservorio para almacenar la orina. Esta vejiga nueva (neovejiga) se une a los uréteres y la uretra, de modo tal que la orina pasa por ellos como lo haría con una vejiga normal. Mediante la contracción de los músculos abdominales y la relajación de determinados músculos pélvicos, el paciente puede expulsar la orina a través de la uretra.

La neovejiga es el tipo de derivación más parecido a una vejiga "normal", pero la desventaja es que a veces los pacientes tienen incontinencia durante la noche o durante el día. Lleva un tiempo entrenar a los músculos nuevos en la neovejiga e, incluso con entrenamiento, es posible que el paciente no sea completamente continente. Para otros pacientes, puede que sea difícil relajar la uretra y orinar normalmente. Las mujeres, en particular, pueden necesitar que se cateterice la uretra para drenar la neovejiga.

Obtenga más información en [www.bcan.org/bladder-removal-surgery](http://www.bcan.org/bladder-removal-surgery)



**FIGURA 12**

Neovejiga

# Quimioterapia

La quimioterapia se refiere a fármacos utilizados para tratar el cáncer **de manera sistémica**, en todo el cuerpo. Estos fármacos se proporcionan por **vía intravenosa (i.v.)**, ya sea directamente en las venas del paciente o a través de un catéter venoso central (**figura 13 en página opuesta**). La quimioterapia sistémica ataca a las células de todo el cuerpo.

**Diversos ensayos clínicos importantes han demostrado que el uso de quimioterapia basada en cisplatino antes de una cistectomía radical mejora la supervivencia de los pacientes con cáncer de vejiga invasivo.**

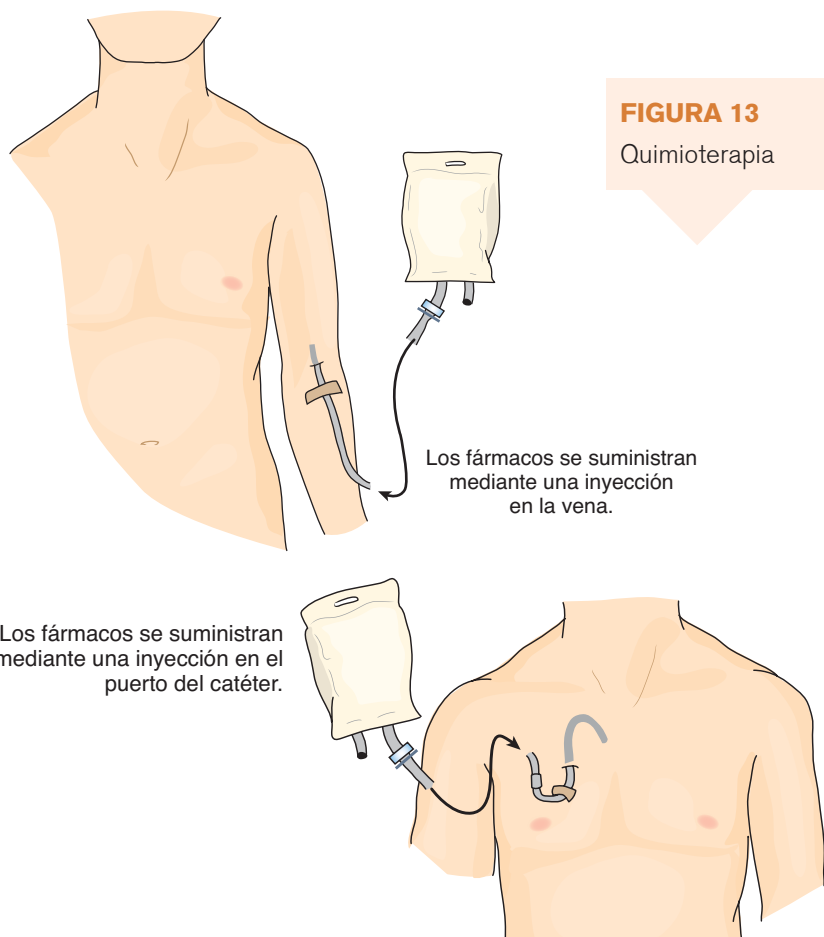
## **Quimioterapia neoadyuvante**

es el término que se utiliza para la quimioterapia que se realiza antes de la cirugía. Diversos ensayos clínicos importantes han demostrado que el uso de quimioterapia basada en cisplatino antes de una cistectomía radical mejora la supervivencia de los pacientes con cáncer de vejiga invasivo.

Este tipo de quimioterapia

inicial puede ayudar reduciendo el tamaño del tumor dentro de la vejiga. Puede destruir pequeños depósitos metastásicos de la enfermedad que se pueden haberse esparcido más allá de la vejiga.

**Quimioterapia adyuvante** es el término que se utiliza para la quimioterapia que se realiza después de la cirugía. Generalmente, la extirpación de la vejiga también implica la extracción de los ganglios linfáticos de alrededor de la vejiga. Estos se envían al laboratorio de patología para su análisis. Si los resultados de laboratorio indican que el cáncer se ha expandido más allá de la vejiga, hacia la grasa circundante o a los ganglios linfáticos u otros órganos cerca de la vejiga, es posible que el médico le recomiende quimioterapia adyuvante para prevenir la reaparición del cáncer.



Si el cáncer vesical se ha propagado o ha desarrollado metástasis en otros sitios, se recomienda quimioterapia sistémica. En la mayoría de los casos, es muy difícil curar el cáncer de vejiga metastásico. En general, el objetivo del tratamiento es retrasar la propagación del cáncer, reducir el tamaño del tumor (remisión temporal), aliviar los síntomas y ampliar la expectativa de vida lo más posible. Gracias a los avances en los tratamientos, la mayoría de los pacientes con cáncer de vejiga avanzado pueden esperar vivir más que hace algunos años atrás.

Obtenga más información en [www.bcan.org/chemotherapy](http://www.bcan.org/chemotherapy)

## Terapia para conservación de la vejiga

La quimioterapia con radiación puede usarse para conservar la vejiga (conservar la vejiga o partes de esta). Se puede sugerir la conservación de la vejiga en los casos en que la cistectomía radical no sea una opción o no se desee. No todos los pacientes pueden ser tratados con esta opción. Debe hablar con el médico para saber si la conservación de la vejiga es una opción viable para su caso.

Durante este tratamiento, el tumor se extirpa a través de una resección transuretral del tumor vesical (RTUv). Además, se extirparán los ganglios linfáticos y el médico le indicará quimioterapia y radiación. Esto se conoce como enfoque multimodal o terapia combinada. La quimioterapia hace que el tumor que queda sea más sensible a la radiación. Algunos fármacos que pueden usarse junto con la radiación son el cisplatino, 5-fluorouracilo y mitomicina-C.

Este enfoque de quimiorradioterapia para conservar la vejiga requiere de un control meticuloso por parte de un equipo multidisciplinario. Este puede incluir un urólogo, oncólogos clínicos y radioterapeutas, y otros proveedores de atención médica. Todos los pacientes deberán realizarse cistoscopias con regularidad para saber si el cáncer ha reaparecido. Si el cáncer recurre, es posible que haya que extirparle la vejiga.

¿Es mejor extirpar la vejiga o conservarla con quimiorradioterapia? Las investigaciones han demostrado que ambos tratamientos parecen tener tasas de supervivencia similares. Los pacientes que cumplen con los requisitos para ambas terapias deberán hablar con su equipo de atención médica acerca de las opciones de tratamiento.

Obtenga más información en [www.bcan.org/bladder-preservation](http://www.bcan.org/bladder-preservation)



## Inmunoterapia

La inmunoterapia es un tipo de tratamiento contra el cáncer que ha sido diseñado para ayudar a que el sistema inmunitario de las personas reconozca y destruya las células cancerosas. El sistema inmunitario protege al cuerpo contra todo lo que percibe como extraño. Esto incluye virus, bacterias e, incluso, células que son anormales por ser cancerosas. Sin embargo, el cáncer tiene formas de evadir al sistema inmunitario.

La inmunoterapia para el cáncer de vejiga puede ayudar a que el sistema inmunitario reconozca las células cancerosas y active células inmunológicas específicas para detectarlas y destruirlas. Generalmente se realiza a través de una infusión intravenosa (i.v.), mediante la colocación de una aguja en una vena, con supervisión médica. Como posibles efectos secundarios, la inmunoterapia puede provocar que el sistema inmunitario ataque a órganos o tejidos normales del cuerpo.

Desde 2016, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) ha aprobado diversas inmunoterapias nuevas para el cáncer de vejiga, para tratar de forma local el cáncer vesical avanzado o metastásico. La inmunoterapia sistémica puede beneficiar a ciertos pacientes con metástasis que no pueden someterse a quimioterapia con cisplatino, o que se han sometido a quimioterapia basada en platino sin resultados positivos o que ha dejado de funcionar.

Obtenga más información en [www.bcan.org/cancer-inmunoterapia](http://www.bcan.org/cancer-inmunoterapia)





## Cómo ser un paciente proactivo

Usted es el integrante más importante de su equipo de atención médica. Asegúrese de contar con un equipo con el que pueda contar y con el que se pueda comunicar con facilidad. Comparta información con su equipo médico. No dude en hacer preguntas. Si no obtiene una respuesta completa, vuelva a formular la pregunta.

En lo posible, intente que un familiar o amigo lo acompañe a cada consulta. Ellos pueden ayudar haciendo otras preguntas y escuchando las respuestas. Con frecuencia, se necesita más de un par de oídos para reunir toda la información necesaria. Anote sus preguntas con antelación y lleve otra hoja de papel para anotar las respuestas.

## Preguntas para su médico

- ¿Qué tipo de cáncer de vejiga tengo?
- ¿Con qué frecuencia trata a pacientes con mi afección?
- ¿En qué estadio se encuentra la enfermedad? ¿El cáncer se ha diseminado?
- ¿Cuál es el grado del tumor?
- ¿Qué otros análisis necesitaré?
- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento? ¿Cuál me recomienda? ¿Por qué?
- ¿Cuáles son los beneficios esperados de cada tipo de tratamiento?
- ¿Cuáles son los riesgos y posibles efectos secundarios de cada tratamiento?
- ¿Cuánto se estima que cuesta el tratamiento? ¿Mi plan de seguro médico cubre este tratamiento?
- ¿De qué manera afectará el tratamiento a mis actividades normales? ¿Cómo afectará mi actividad sexual?
- ¿Cuándo me volveré a sentir normal luego del tratamiento?
- ¿Hay algo que pueda hacer para mejorar mi salud o pronóstico?
- ¿Dónde puedo obtener una segunda opinión?
- ¿Puedo hablar con algún paciente que haya pasado por este tipo de tratamiento? ***En caso de que no sea posible, comuníquese con BCAN para hablar con un voluntario del programa Survivor 2 Survivor.***

Obtenga más información en [www.bcan.org/newly-diagnosed](http://www.bcan.org/newly-diagnosed)

## Supervivencia y calidad de vida

Un diagnóstico de cáncer puede ser un suceso que le cambie la vida. La supervivencia al cáncer incluye todos los tipos de problemas psicológicos, emocionales, sociales, de salud y financieros con los cuales los pacientes con cáncer deben lidiar desde el momento en que reciben el diagnóstico en adelante. La supervivencia se concentra en mejorar la calidad de vida. Esto incluye lidiar con problemas físicos tales como dolor, cambios en la actividad sexual o problemas emocionales, como depresión.

El cáncer de vejiga tiene una tasa alta de reaparición. Los pacientes deben consultar con su médico regularmente para asegurarse de que el cáncer no ha vuelto a aparecer. Incluso cuando no haya signos de reaparición, estos análisis pueden causar mucho estrés emocional. Si se siente abrumado o siente que no disfruta tanto de la vida como antes, pídale a su médico que le recomiende un profesional con quien hablar. Por ejemplo, algunos trabajadores sociales y psicólogos se especializan en ayudar a las personas a lidiar con enfermedades crónicas, como el cáncer.

Los tratamientos para el cáncer vesical también pueden afectar la vida social del paciente y su estado de salud en general. El cáncer de vejiga puede ser algo incómodo de lo que hablar, porque altera las partes íntimas del cuerpo. Esto puede incluir cambios en la función urinaria, y la vida sexual y la sexualidad de la persona.

El ardor y la irritación al orinar son algunos de los efectos secundarios comunes de los tratamientos contra el cáncer de vejiga. Otros pueden tener problemas de incontinencia (pérdida de orina) luego de la extirpación de la vejiga. Estos efectos secundarios del tratamiento pueden ser muy desafiantes. Es posible que impliquen modificaciones en el trabajo, pasatiempos y otras actividades sociales.

La disfunción sexual luego de un cáncer de vejiga no siempre es lo primero que tiene en cuenta un paciente al momento de decidirse por un tratamiento. Los problemas sexuales que pueden surgir luego de un tratamiento por cáncer vesical son bastante frecuentes. En retrospectiva, muchos pacientes desearían haber recibido toda la información correspondiente acerca del impacto en la sexualidad antes del tratamiento.

A fin de realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento efectivo del cáncer de vejiga, es importante que usted y su pareja, médico u otros cercanos a usted hablen y entiendan la situación. Sin buena comunicación, es posible que no reciba todo el apoyo que necesita para tomar la mejor decisión para su salud y bienestar.

Estos temas pueden ser difíciles de hablar. Su médico puede tener sugerencias acerca de formas de ayudarlo a controlar los efectos secundarios del tratamiento. Quizás puede derivarlo a un terapeuta sexual, enfermero de cuidado de heridas/especializado en ostomías, fisioterapeuta, u otros tipos de especialistas que pueden ayudarlo.

El cáncer de vejiga es una enfermedad costosa para tratamiento y control. Si tiene dificultades para pagar los costos asociados con el tratamiento del cáncer vesical, es posible que un trabajador social o administrador del caso pueda ayudarlo. Ellos podrán ayudarlo a encontrar recursos de financiación para pagar por los análisis de laboratorio, medicamentos, los suministros o equipos médicos, y otros gastos.

Los médicos no siempre preguntan por los problemas relacionados con la calidad de vida. Con frecuencia, no sabrán que existe un problema, a menos que usted lo mencione. Le recomendamos que hable con su médico, enfermero u otro proveedor de atención médica acerca de sus inquietudes durante y después del tratamiento. **Ellos están para ayudarlo a vivir una vida plena y feliz, luego de un diagnóstico de cáncer.**

## Investigaciones y ensayos clínicos

Los ensayos clínicos son fundamentales para la investigación del cáncer. Un ensayo clínico de cáncer puede probar un fármaco nuevo, una técnica quirúrgica nueva o un tratamiento de radioterapia nuevo para pacientes con cáncer. Todos los tratamientos contra el cáncer disponibles hoy en día fueron probados en algún momento en un ensayo clínico para saber si eran seguros y efectivos.

Los ensayos clínicos se realizan en una secuencia de pasos, o fases, desde la distribución del fármaco desde el laboratorio hasta el consultorio del médico. Los ensayos clínicos sobre el cáncer tienen tres fases importantes.

**Los estudios de fase 1** se realizan entre grupos pequeños de pacientes (menos de 40). El objetivo de estos es encontrar una dosis segura para un fármaco nuevo contra el cáncer. Los estudios de fase 1 pueden incluir la prueba de una terapia nueva en seres humanos por primera vez, o una combinación nueva de terapias que antes se usaban de forma independiente.

**Los estudios de fase 2**, son más grandes (entre 40 y 100 pacientes). Con estos estudios se analiza el grado de efectividad de una terapia nueva en un grupo específico de pacientes.

**Los estudios de fase 3** son los más numerosos (más de 100 pacientes) y con frecuencia incluyen, al menos, 2 grupos. Un grupo de pacientes recibe el tratamiento habitual, es decir, el mejor tratamiento disponible en la actualidad contra el cáncer de vejiga. El otro grupo recibe una terapia nueva que parece haber tenido buenos resultados, en estudios de fases anteriores. Los pacientes generalmente se asignan al azar a un grupo o el otro.



Los ensayos clínicos sobre el cáncer vesical pueden proporcionar alternativas de tratamiento para pacientes que no se han beneficiado con terapias estándar y aprobadas. Además, pueden significar una oportunidad para probar una terapia nueva que parece prometedora en un laboratorio o en otro tipo de tumor. Su participación en un ensayo clínico implica enormes beneficios para los científicos y para pacientes que puedan tener el mismo cáncer que usted en el futuro. Los ensayos clínicos sobre cáncer son la mejor opción para encontrar terapias efectivas y para mejorar el resultado clínico del paciente.

Usted puede colaborar con el progreso de las investigaciones de cáncer vesical participando en un ensayo clínico. Hable con su médico para saber cuál es el mejor ensayo clínico para usted. Para obtener información acerca de los ensayos clínicos de cáncer de vejiga actuales, y para saber si cumple con los requisitos para participar en alguno, visite el Panel de ensayos clínicos de BCAN en [www.bcan.org/clinical\\_trials/](http://www.bcan.org/clinical_trials/).

## ¿Qué sigue?

Tómese un tiempo para reflexionar sobre la información que ha leído. Usted es el integrante más importante de su equipo médico. Consulte con otros sobrevivientes. Trate de aprender todo lo que pueda acerca de las opciones de tratamiento. Aproveche los recursos disponibles de sobrevivientes del cáncer. Puede tener las herramientas que necesita para combatir esta enfermedad.

Lo invitamos a que visite nuestro sitio web, **www.bcan.org**, donde encontrará una lista de grupos actuales de apoyo a personas con cáncer vesical. Puede unirse a nuestra comunidad en línea, a través de la cual se podrá contactar con otros sobrevivientes de cáncer de vejiga y cuidadores. Si desea encontrar grupos de apoyo para enfermos de cáncer en su comunidad, consulte con su urólogo o en el centro de cáncer local. Los voluntarios de BCAN comparten sus experiencias de cáncer de vejiga en nuestro programa Survivor 2 Survivor.

En nuestro sitio web también encontrará información adicional, como consejos de pacientes, para pacientes con varios tratamientos. Contamos con videos de presentaciones de expertos, preguntas frecuentes y enlaces a otras organizaciones que pueden ofrecerle recursos adicionales. Si no tiene acceso a Internet, llame al **+1-888-901-2226** para obtener más información.

Queremos que los pacientes, supervivientes, cuidadores y seres queridos sepan que no están solos. Para 2025 habrá más de 750 000 sobrevivientes de cáncer de vejiga en los Estados Unidos. Puede unirse a ellos en todo el país, en su caminata contra el cáncer vesical para generar conciencia y recaudar fondos para la investigación y divulgación del cáncer de vejiga. Para obtener más información, visite **www.bcan.org**





**Para conocer las pautas para el tratamiento del cáncer de vejiga, consulte:**

**Diagnóstico y tratamiento de cáncer de vejiga no músculo-invasivo:**

*Pautas conjuntas de AUA/SUO en [www.auanet.org/guidelines/non-muscle-invasive-bladder-cancer-\(aua/suo-joint-guideline-2016\)](http://www.auanet.org/guidelines/non-muscle-invasive-bladder-cancer-(aua/suo-joint-guideline-2016))*

**Tratamiento de cáncer vesical músculo-invasivo no metastásico:**

*Pautas de la AUA/ASCO/ASTRO/SUO en [http://www.auanet.org/guidelines/muscle-invasive-bladder-cancer-new-\(2017\)](http://www.auanet.org/guidelines/muscle-invasive-bladder-cancer-new-(2017))*

**National Comprehensive Cancer Network Guidelines (NCCN)**

Para médicos en [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/ff\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/ff_guidelines.asp)

Para pacientes en [www.nccn.org/patients/default.aspx](http://www.nccn.org/patients/default.aspx)

## Glosario

**Bacilo de Calmette-Guérin (BCG):** Una forma de terapia biológica para el cáncer vesical no músculo-invasivo. Se utiliza un catéter para colocar la solución de BCG en la vejiga.

**Biopsia:** La extracción de células o tejidos para examen microscópico.

**Catéter:** Un tubo que se coloca en el cuerpo para drenar y recolectar orina de la vejiga.

**Cistectomía radical:** Cirugía para extirpar la vejiga, así como también tejidos y órganos cercanos.

**Cistoscopia:** Examen de la vejiga y la uretra mediante el uso de un instrumento delgado con iluminación (denominado cistoscopio) que se inserta en la uretra. Se pueden extraer muestras de tejido para examen microscópico, con el fin de determinar si la enfermedad está presente.

**Citología:** Estudio de las células.

**Cuello uterino:** La parte inferior del útero que se conecta con la vagina.

**Células de transición:** Células que varían en forma según si el tejido está estirado. Las células pueden estirarse sin dividirse. Revisten vísceras huevas, como la vejiga.

**De manera sistémica:** Tratamiento que utiliza sustancias que viajan por el torrente sanguíneo y alcanzan y afectan a todas las células del cuerpo.

**Electrocauterización:** Procedimiento que utiliza electricidad para destruir el tejido y frenar una hemorragia durante una cirugía.

**Enfermero especializado en ostomías:** Enfermero certificado que cuenta con estudios y capacitación adicional sobre cómo atender a personas que tienen una herida, una ostomía (orificio hecho por cirugía, desde una zona dentro del cuerpo hacia el exterior) o problemas de continencia (capacidad para controlar el flujo de orina o la eliminación de heces). También se conoce como enfermero especializado en heridas, ostomía y continencia (WOC, por sus siglas en inglés).

**Epitelio:** Capa interna de la vejiga.



**Estoma:** Abertura creada quirúrgicamente desde un área adentro del cuerpo hacia el exterior.

**Fulguración:** Destrucción de tejido usando corriente eléctrica.

**Hematuria:** Sangre en la orina.

**Inmunoterapia:** Tratamiento que utiliza el sistema inmunitario del propio cuerpo para ayudar a combatir el cáncer.

**Intravenoso (i.v.):** Insertado en una vena.

**Intravesical:** Adentro de la vejiga.

**Lámina propia:** Capa especializada de vasos sanguíneos y células que separa el epitelio de transición de la pared muscular real de la vejiga.

**Metástasis:** Propagación del cáncer de una parte del cuerpo a otra.

**Quimioterapia adyuvante:** Tratamiento adicional contra el cáncer que se brinda después del primer tratamiento para reducir el riesgo de que el cáncer reaparezca.

**Quimioterapia neoadyuvante:** Tipo de terapia de inducción que se brinda como primer paso para reducir un tumor antes del tratamiento principal, que generalmente es una cirugía.

**Quimioterapia perioperatoria:** Quimioterapia que se realiza antes o después de una cirugía.

**Reconstrucción o derivación urinaria:** Un nuevo recorrido creado por un cirujano para que la orina pase por los riñones y se elimine del cuerpo.

**Resección:** Extirpación de material.

**Resectoscopio:** Herramienta utilizada para extirpar un tumor desde el interior de la vejiga.

**RTUv (Resección transuretral de un tumor vesical):** Cirugía realizada con un instrumento especial que se inserta a través de la uretra.

**Terapia combinada (CMT):** Una terapia que combina dos o más formas de tratamiento (radiación, quimioterapia y cirugía), que se usa para mejorar las probabilidades de conservación de la vejiga y supervivencia del paciente.

**Transuretral:** A través de la uretra.

**Urografía por TC:** Exploración por tomografía computarizada del sistema urinario.

**Urotelio:** La capa interna de la vejiga.



# Notas

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Visite nuestro sitio web en **[www.bcan.org](http://www.bcan.org)** para solicitar copias adicionales de esta guía para pacientes y únase a nuestra lista de correo electrónico para recibir actualizaciones sobre novedades y eventos relacionados con el cáncer de vejiga. Somos una organización 501(c)(3) centrada en los pacientes. Se pueden realizar donaciones no imponibles a través del sitio web [www.bcan.org](http://www.bcan.org), o por cheque a:

Bladder Cancer Advocacy Network (BCAN)  
4915 St. Elmo Avenue, Suite 202  
Bethesda, MD 20814

[info@bcan.org](mailto:info@bcan.org)  
+1-888-901-BCAN  
(número gratuito en EE. UU.)

Esperamos que este manual le haya sido útil. Su apoyo a BCAN nos permite mantener y ampliar nuestros programas, incluida la distribución gratuita de folletos de Aspectos básicos sobre el cáncer de vejiga y otros materiales informativos a más pacientes y cuidadores como usted.  
¡Muchas gracias!



Bladder Cancer Advocacy Network (BCAN)  
4915 St. Elmo Avenue, Suite 202  
Bethesda, MD 20814



[BCAN.ORG](http://BCAN.ORG)



+1 888.901.BCAN