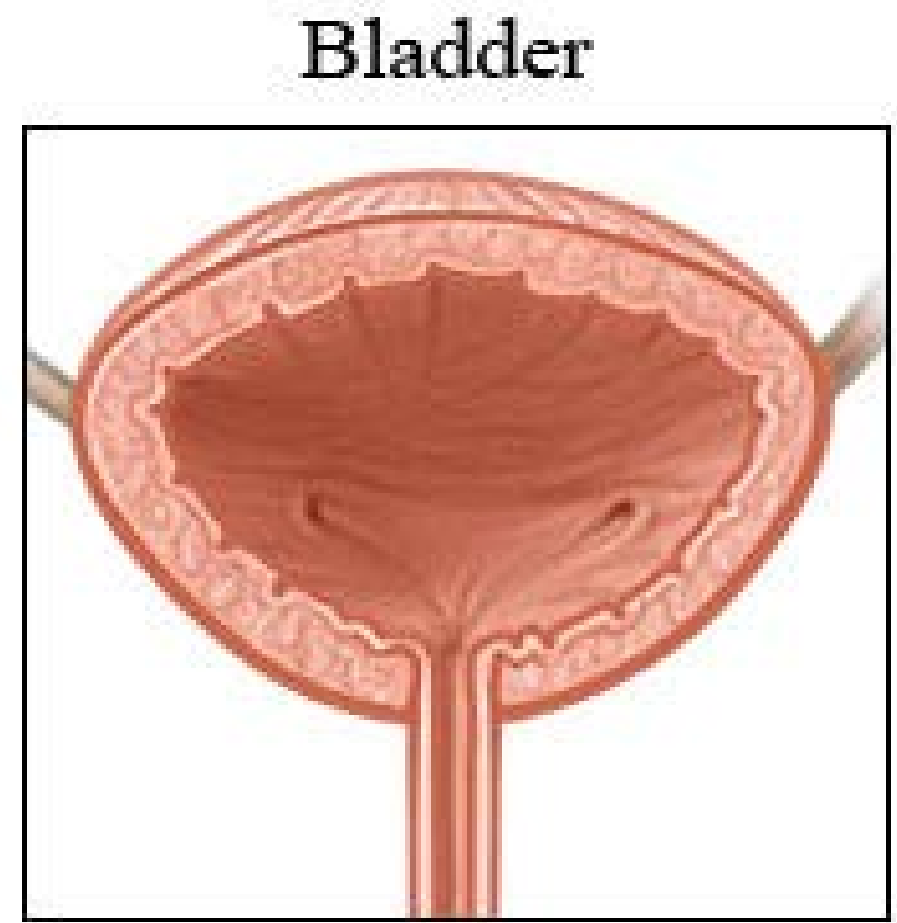
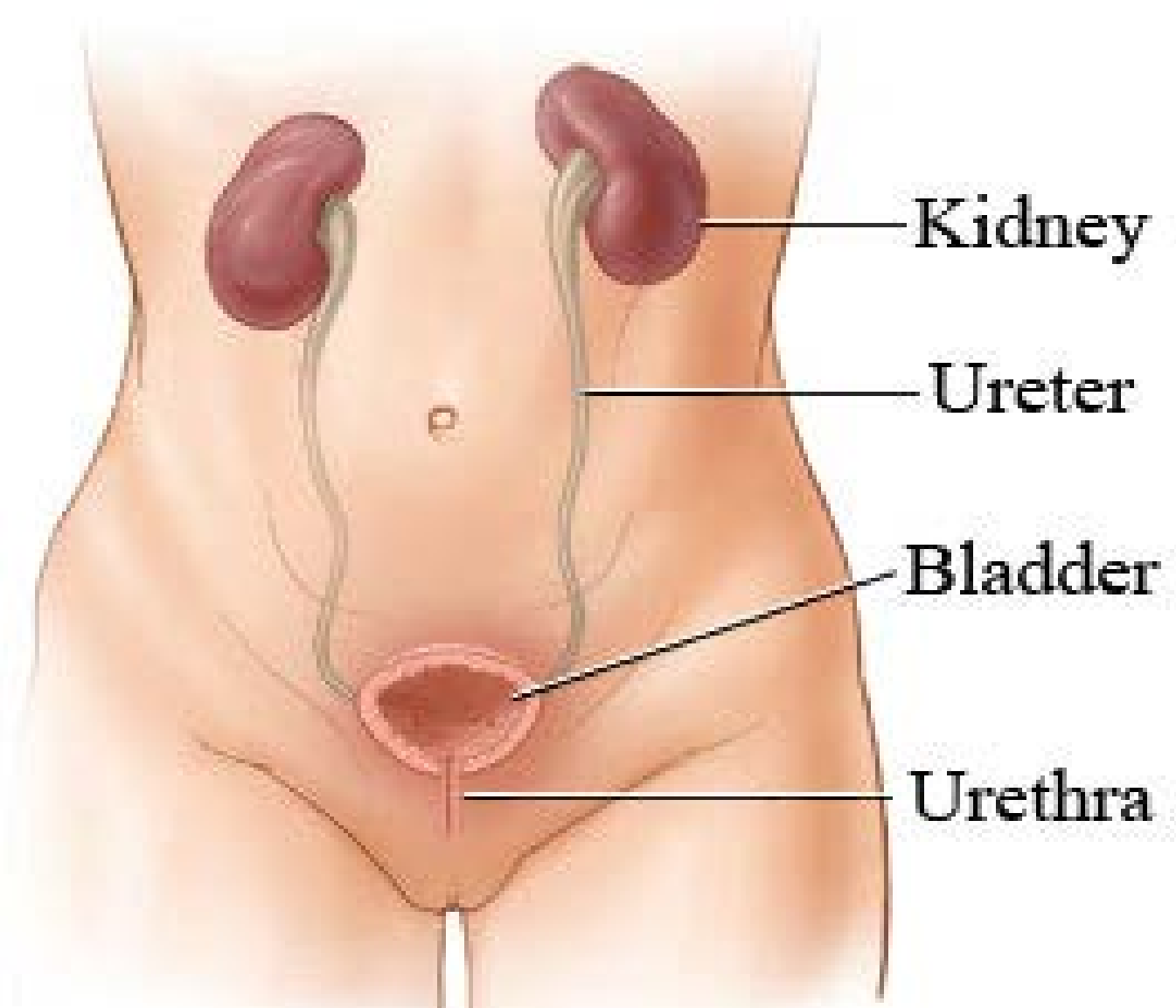


Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Vejiga

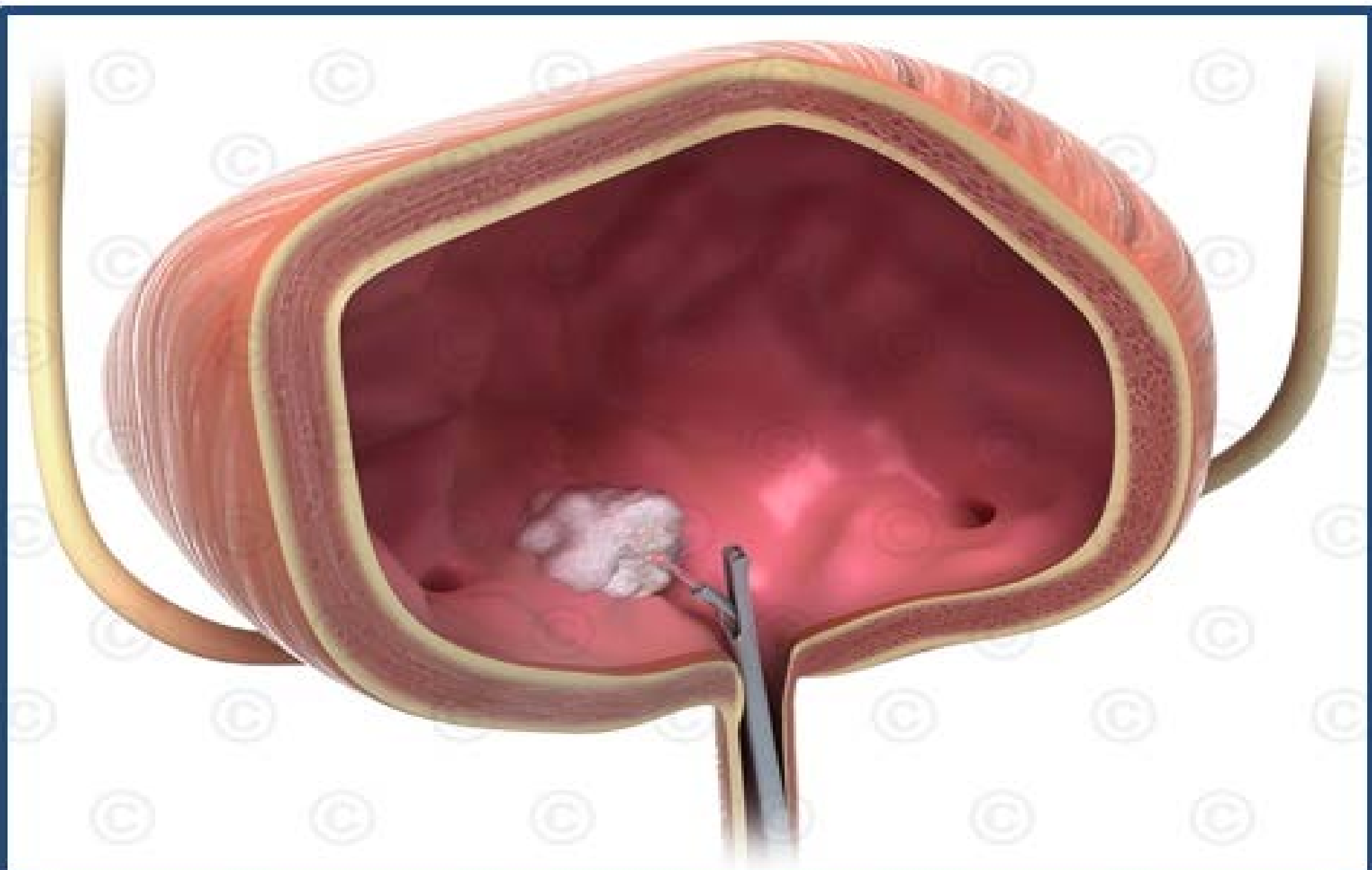
Dr. Parham Khosravi Shahi, MD PhD

Jefe del Servicio de Oncología Médica y Presidente de la
Comisión de Oncología del Hospital Universitario de Torrejón
Profesor de la Universidad Francisco de Vitoria









Cáncer de Vejiga

Figura 6. Incidencia estimada de los tumores más frecuentes en España en el año 2015 (ambos sexos).



Figura 7. Incidencia estimada de los tumores más frecuentes en España **en varones** en el año 2015.



Figura 8. Incidencia estimada de los tumores más frecuentes en España **en mujeres** en el año 2015.



Cáncer de Vejiga

- 5º neoplasia más frecuente en España.
- Mediana de edad al diagnóstico de ~65 años.
- Carcinoma urotelial: subtipo histológico más frecuente (~95%).
- Otras variantes más raras:
 - Carcinoma epidermoide
 - Carcinoma de células pequeñas (microcítico).

Etiología: Factores de Riesgo

1. Exposición crónica a Agentes Químicos:

- Aminas aromáticas.
- Nitratos.
- Tratamiento prolongado con Ciclofosfamida.

2. Tabaquismo.

3. Irritación vesical crónica:

- Sonda vesical permanente.
- Schistosoma haematobium.

4. Irradiación pélvica.

5. Cánceres Hereditarios: RB1, Cowden (PTEN) , Lynch (MMR).

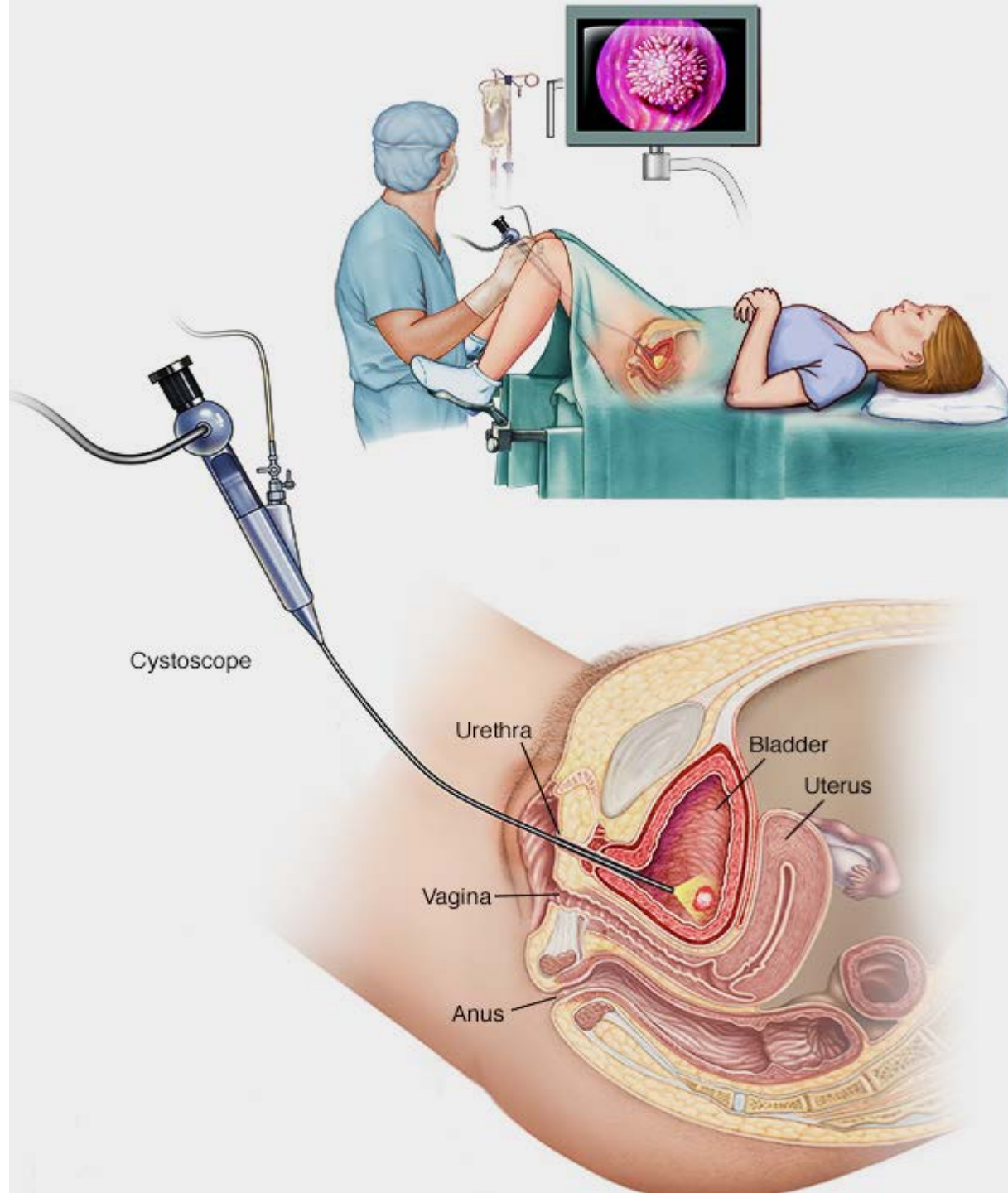


Manifestaciones Clínicas

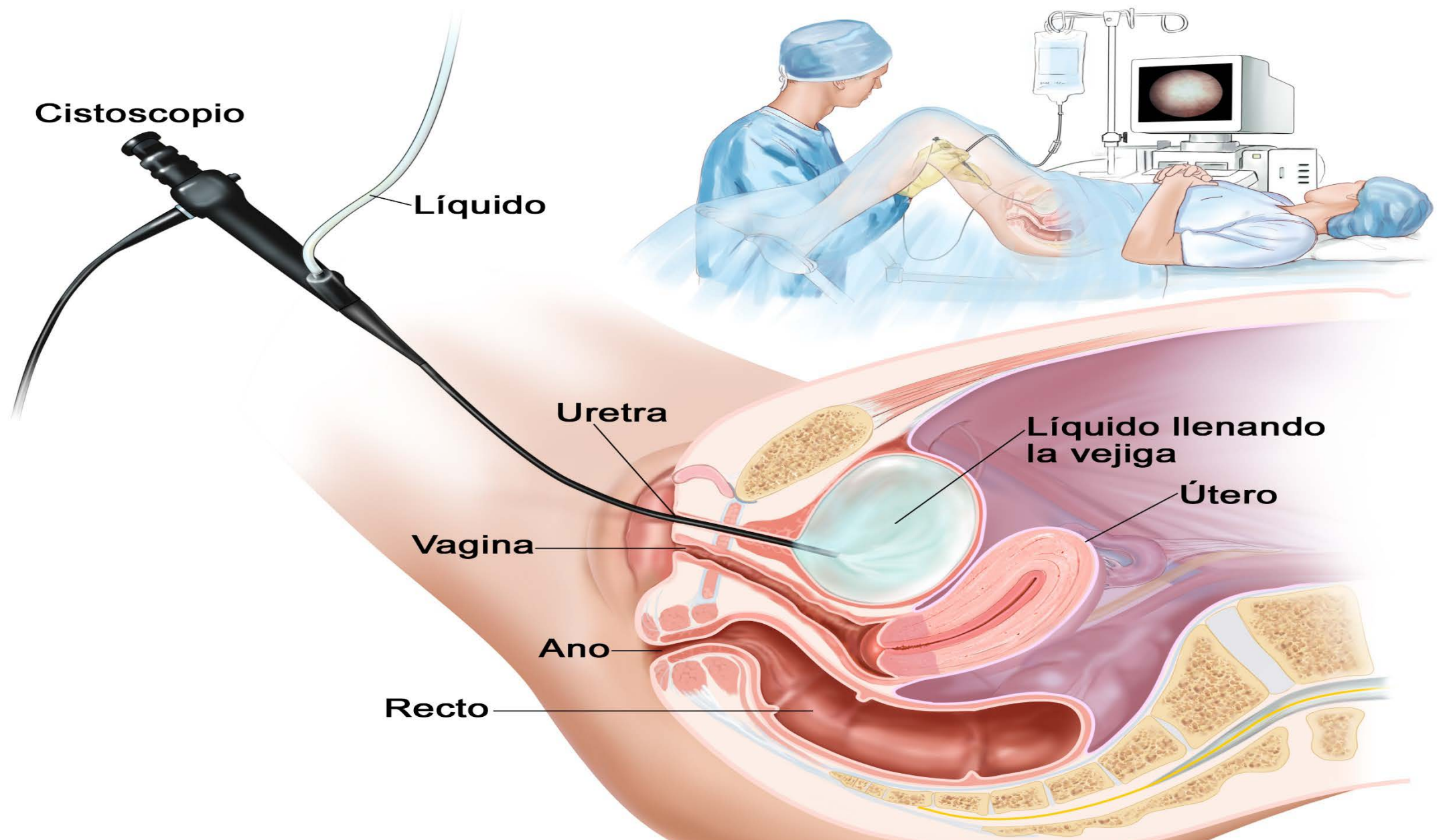
- Sangre en la orina (Hematuria).
- escozor o picor al orinar (Disuria).
- Orinar muchas veces y pequeñas cantidades (Polaquiuria).
- Quedarse con ganas de orinar (Tenesmo Vesical).
- Dolor en región pélvica.
- Fenómenos trombo-embólicos.
- Otros.

Diagnóstico

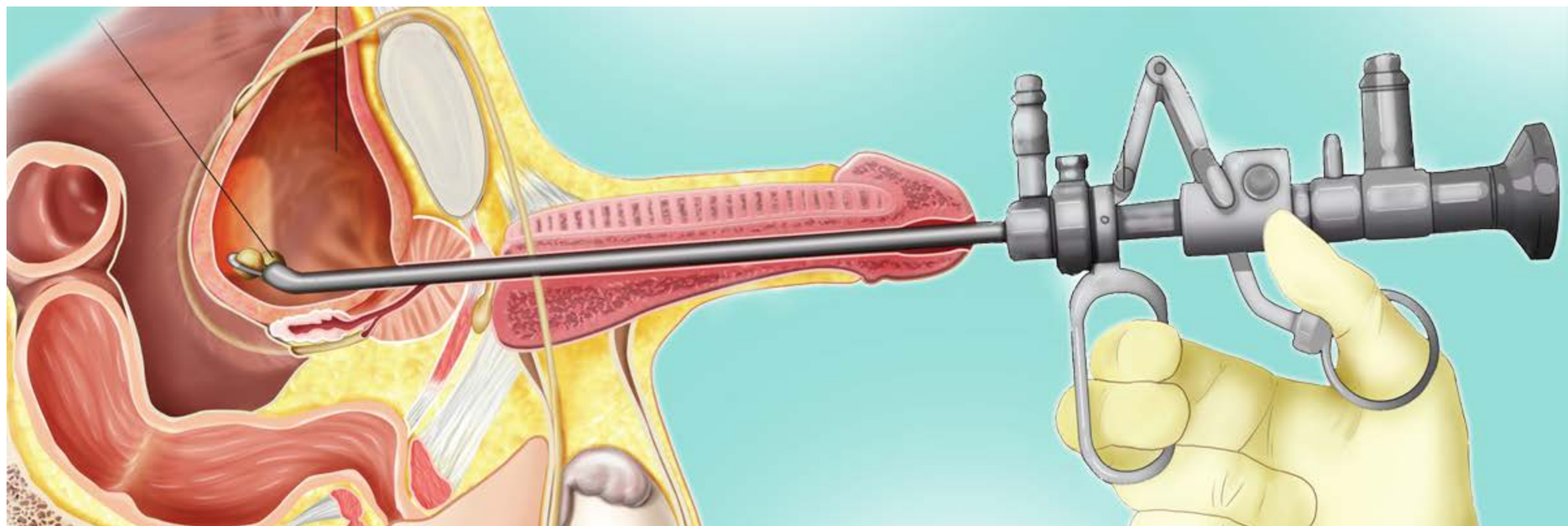
1. Síntomas y exploración física.
2. Analítica de sangre.
3. Citología urinaria.
4. Cistoscopia.
5. Exploración pélvica bimanual bajo anestesia.
6. Resección transuretral de la tumoración vesical (RTU).



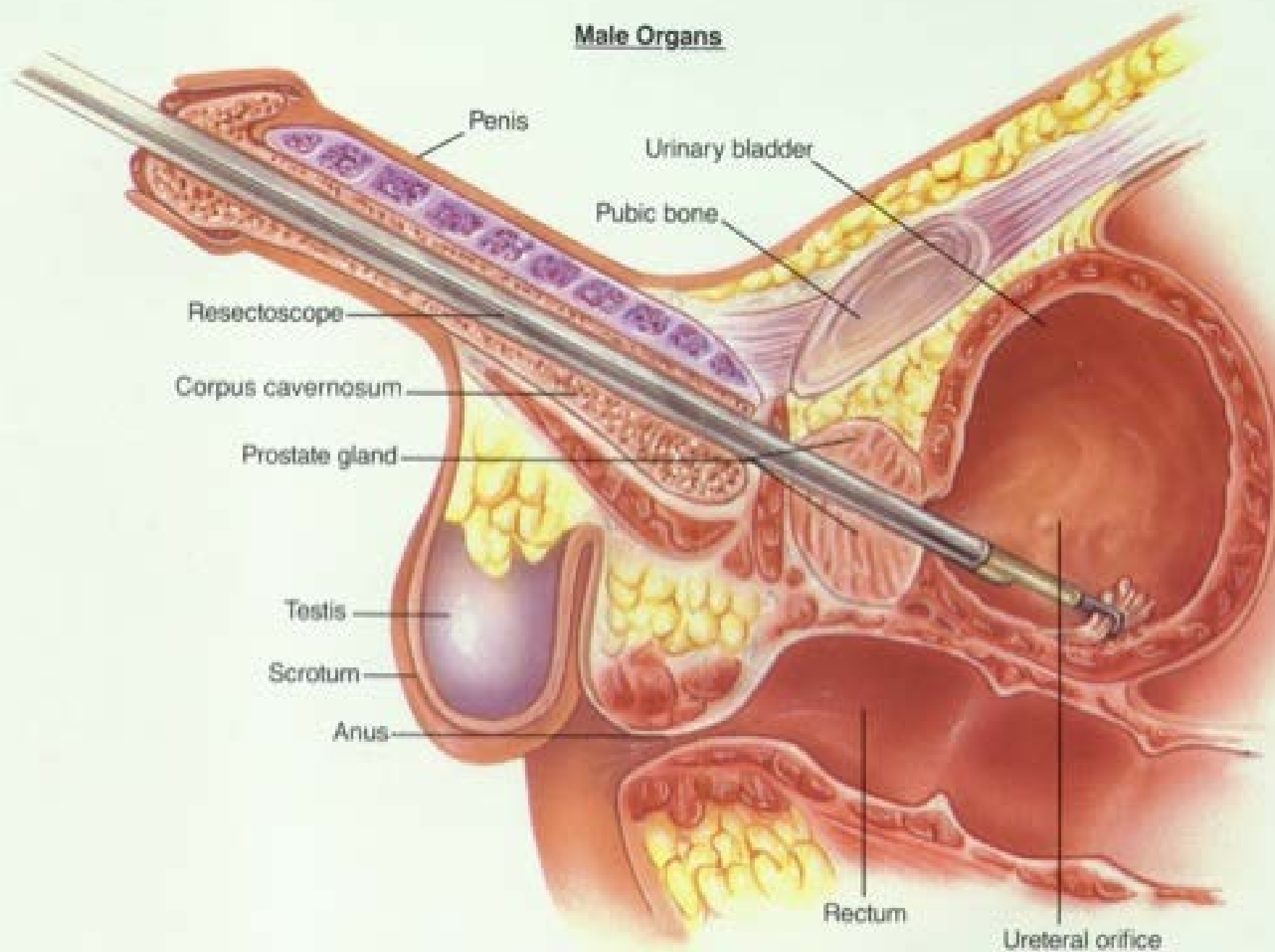
Cistoscopia

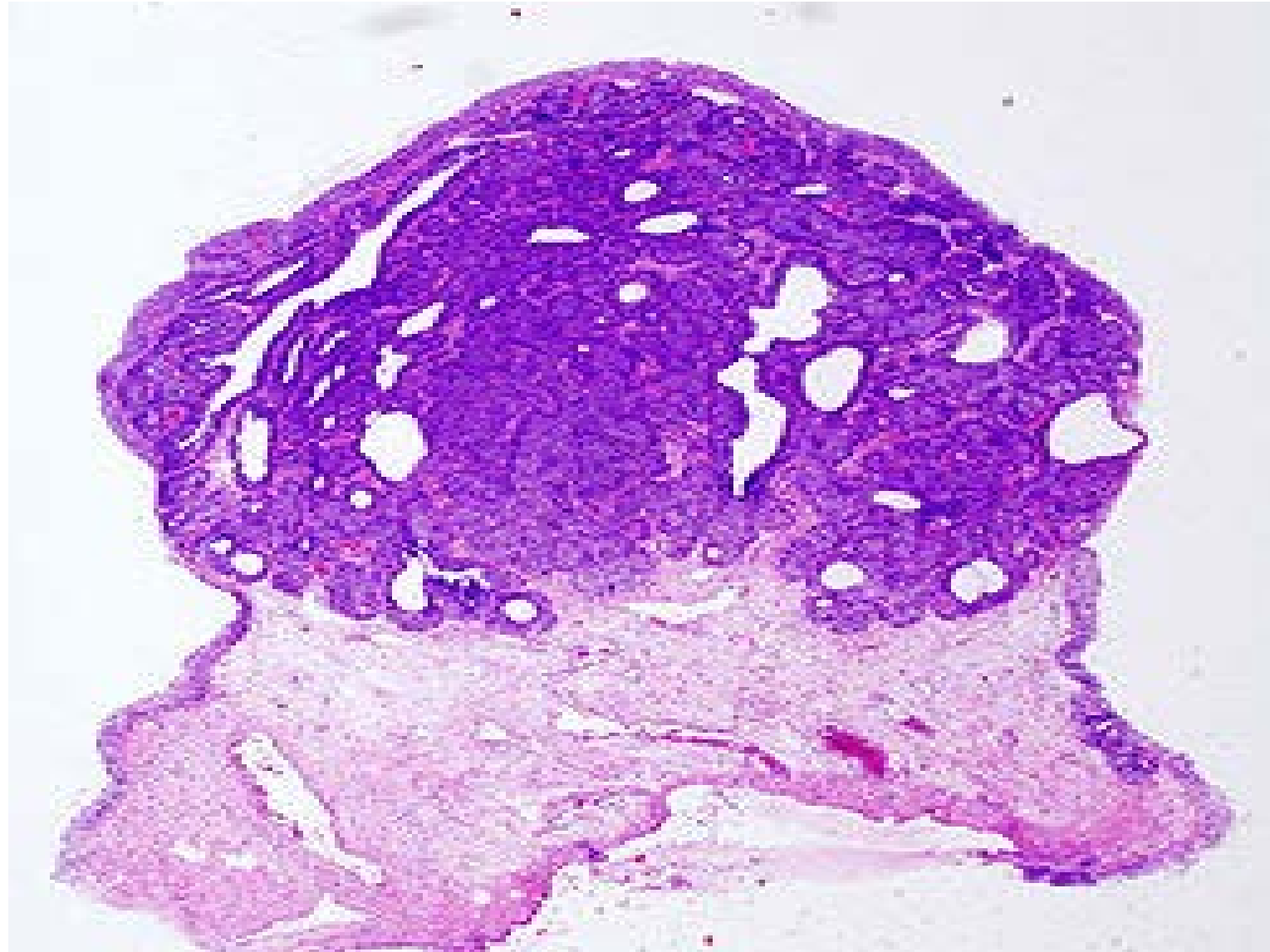






Male Organs







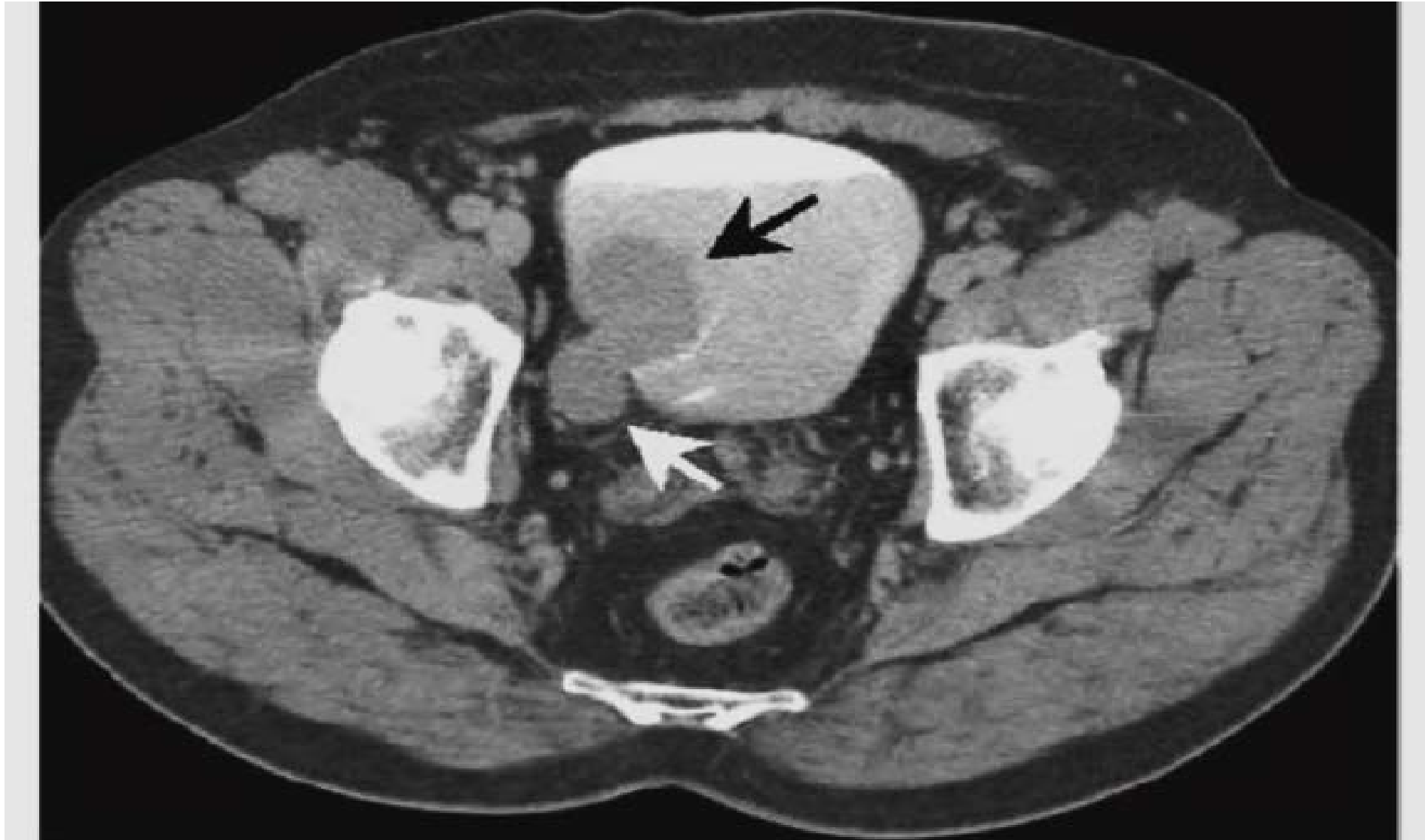
Otras Técnicas de Imagen si hay Infiltración Muscular

7. TC toraco-abdomino-pélvico: estudio de extensión.
8. RM abdomen-pelvis (alternativa al TC).
9. Otras Técnicas:
 - Rastreo óseo
 - TC/RM craneal
 - PET-TAC

TC toraco-abdomino-pélvico



TC toraco-abdomino-pélvico



Tratamiento Multidisciplinar en Comité de Tumores: Cuatro Contextos Clínicos

Cáncer de Vejiga "Superficial"

(no invade Músculo de Vejiga)

- Resección Transuretral (RTU) completa del tumor.
- Terapia intravesical (dentro de la vejiga):
 - Riesgo Bajo: Una sola dosis Quimioterapia intravesical.
 - Riesgo Intermedio: Quimioterapia intravesical.
 - Riesgo Alto: BCG intravesical.

Enfermedad Localizada

(invade Músculo de Vejiga)

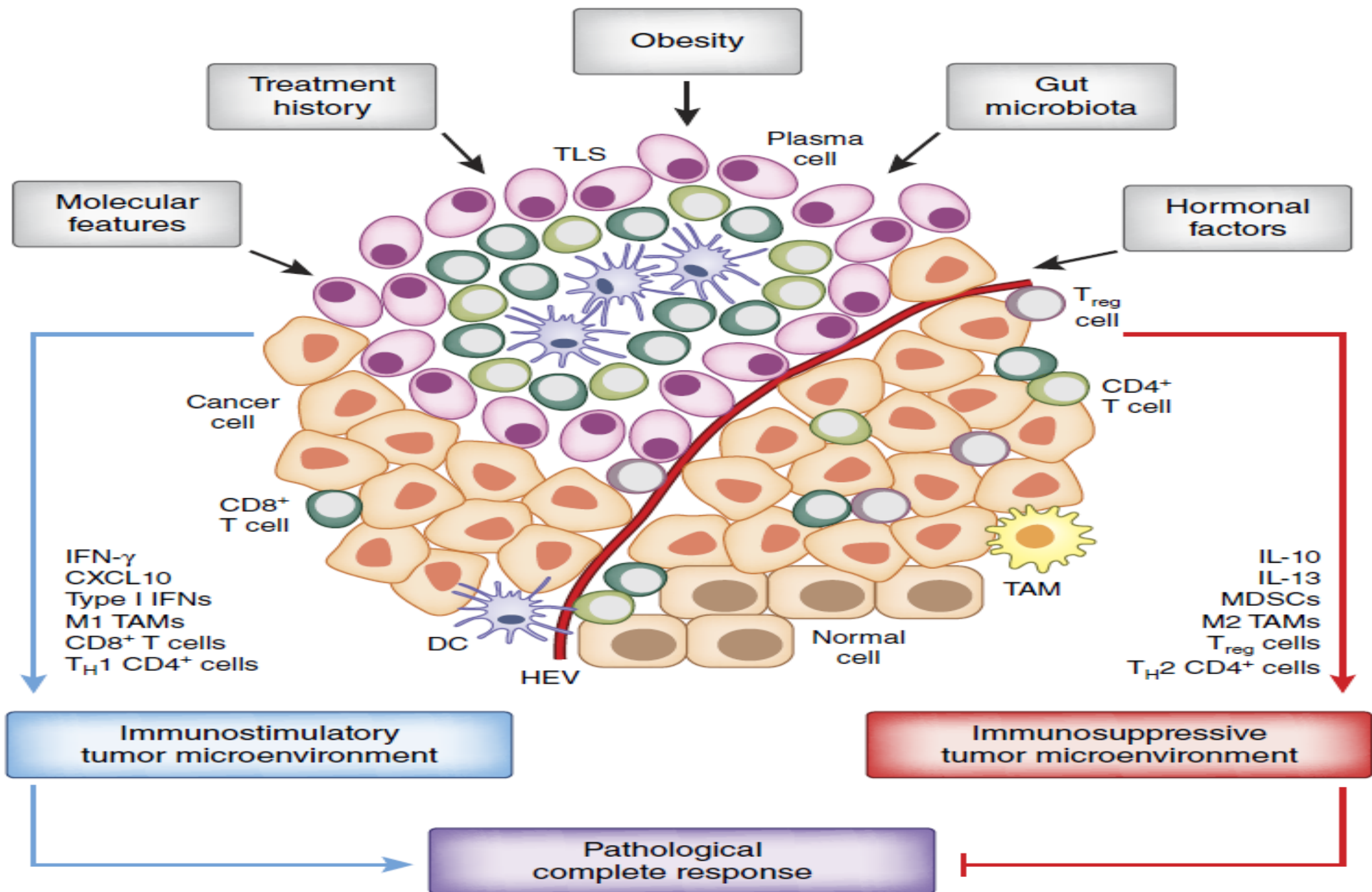
- Estándar: Quimioterapia Neoadyuvante → Cistectomía.
- Alternativa: Cistectomía → Quimioterapia Adyuvante.
- Casos seleccionados: Protocolo de Conservación de Vejiga
 - RTU → Quimioterapia + Radioterapia.
 - * Si queda Tumor Infiltrante realizar Cistectomía.

Enfermedad Localmente Avanzada

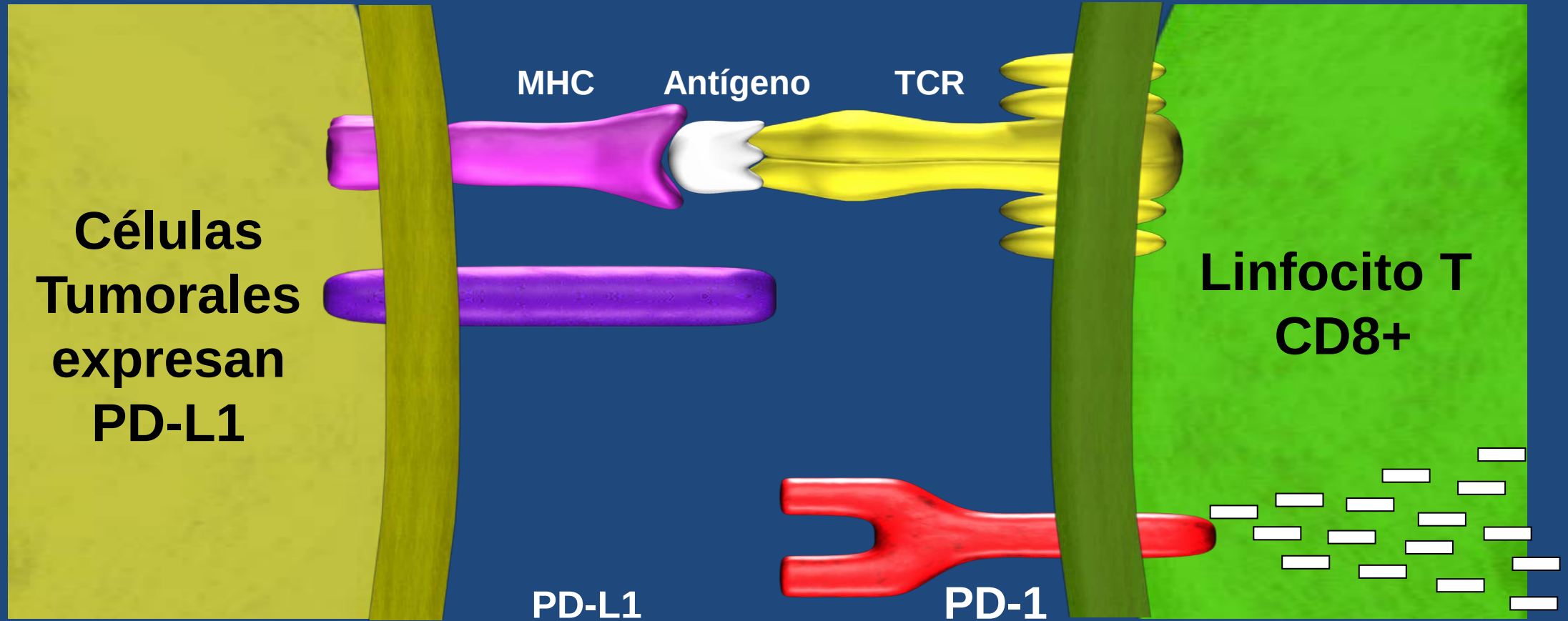
- Quimioterapia de Inducción y reevaluar la Respuesta Clínico-Radiológica:
 - Respuesta → Cistectomía vs Radioterapia.
 - Progresión → Quimioterapia de 2º línea.

Enfermedad Metastásica

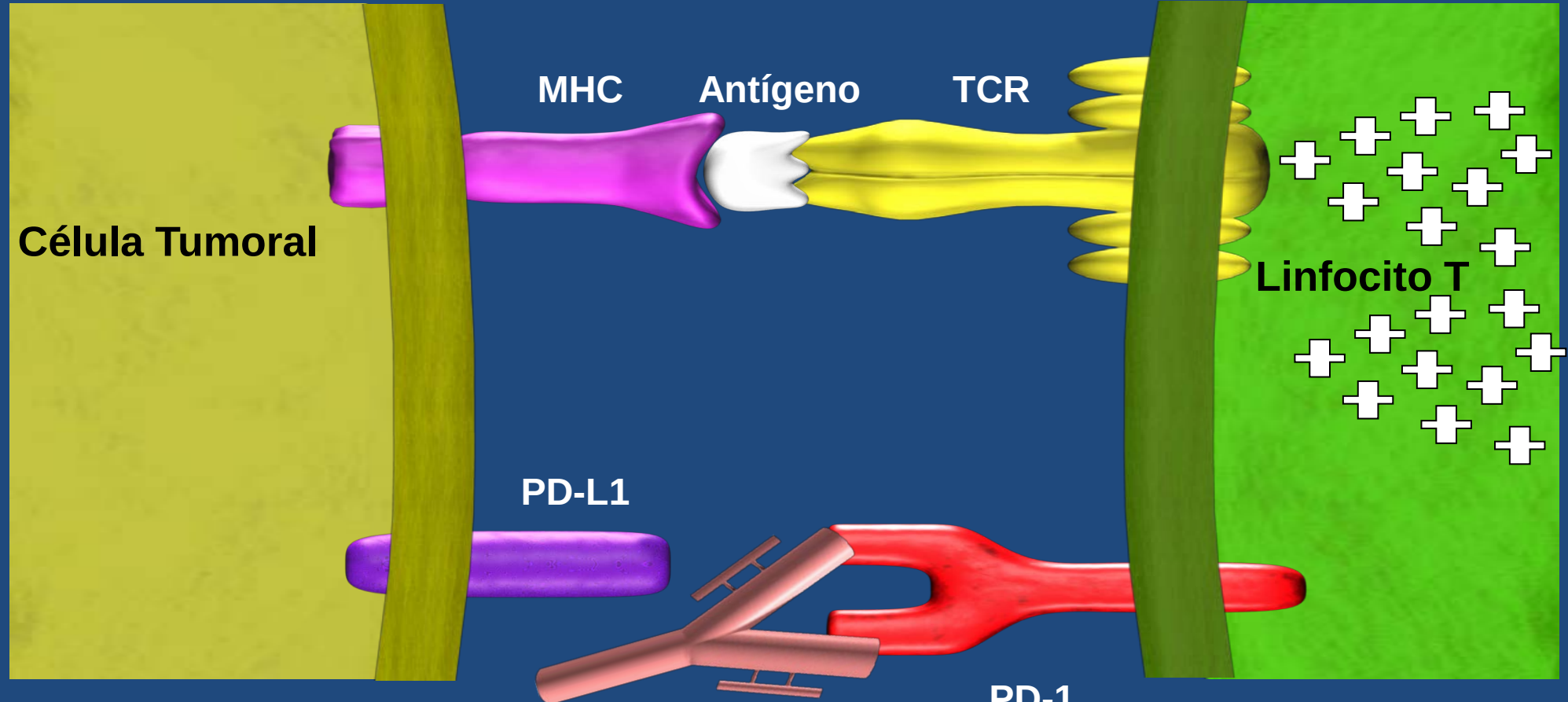
- Los Tratamientos Oncológicos Sistémicos aumentan la Supervivencia y mejora Síntomas y Calidad de Vida.
- Si Enfermedad Oligo-Metastásica (Poca Carga Tumoral):
 - Cistectomía + Metastasectomía + Tratamiento Sistémico.
- Tratamiento de 1º línea: Quimioterapia basada en Platino
- Tratamiento de 2º línea:
 - Inmunoterapia: Pembrolizumab, Nivolumab y Atezolizumab.
 - Quimioterapia: Vinflunina y Taxanos.



El Receptor PD-1 inhibe las Células Inmunitarias



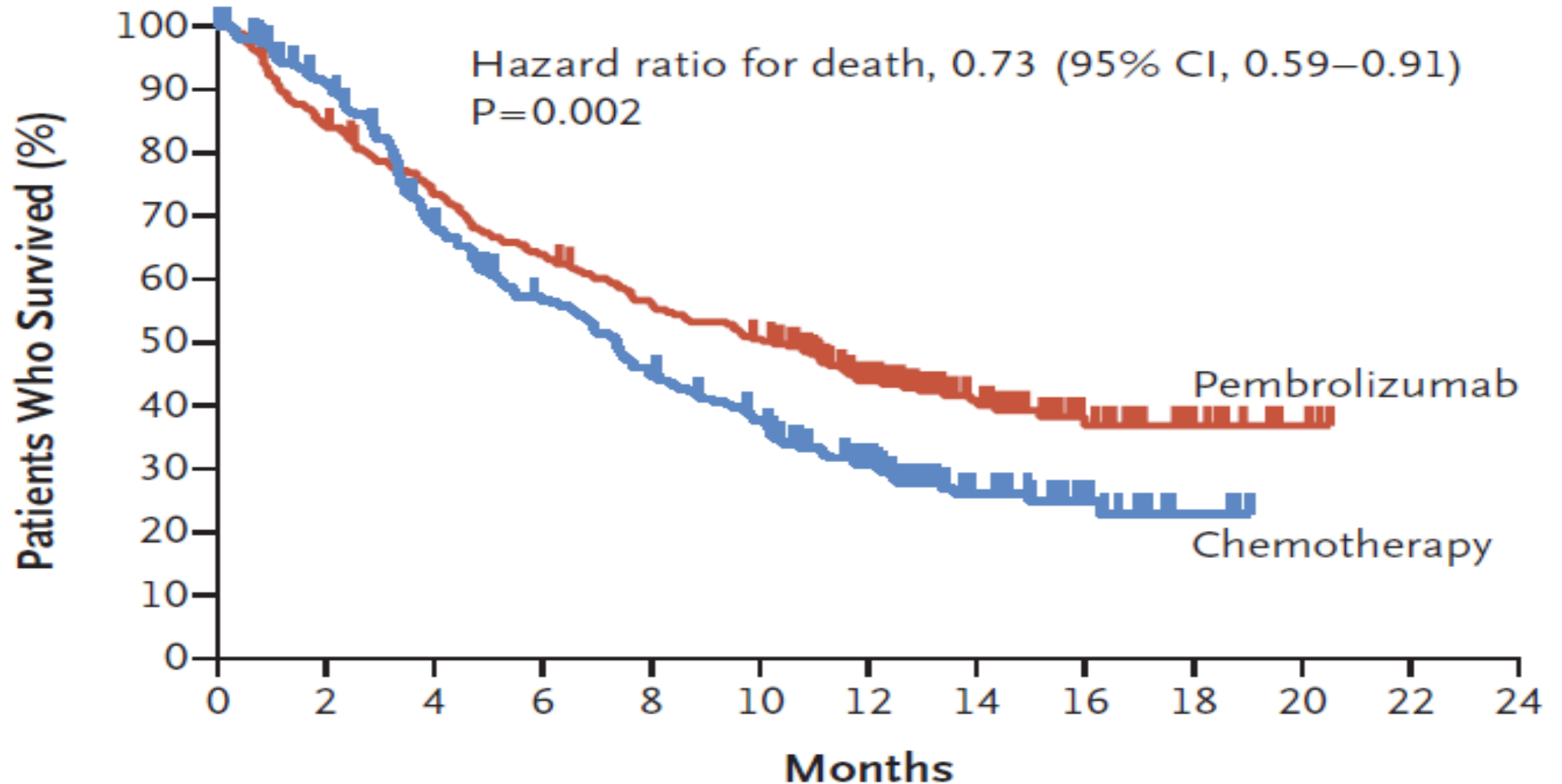
La inhibición de PD-1 mediante Anticuerpos anti-PD1 aumenta la respuesta inmune anti-tumoral



Anticuerpo monoclonal anti-PD1
NIVOLUMAB, PEMBROLIZUMAB

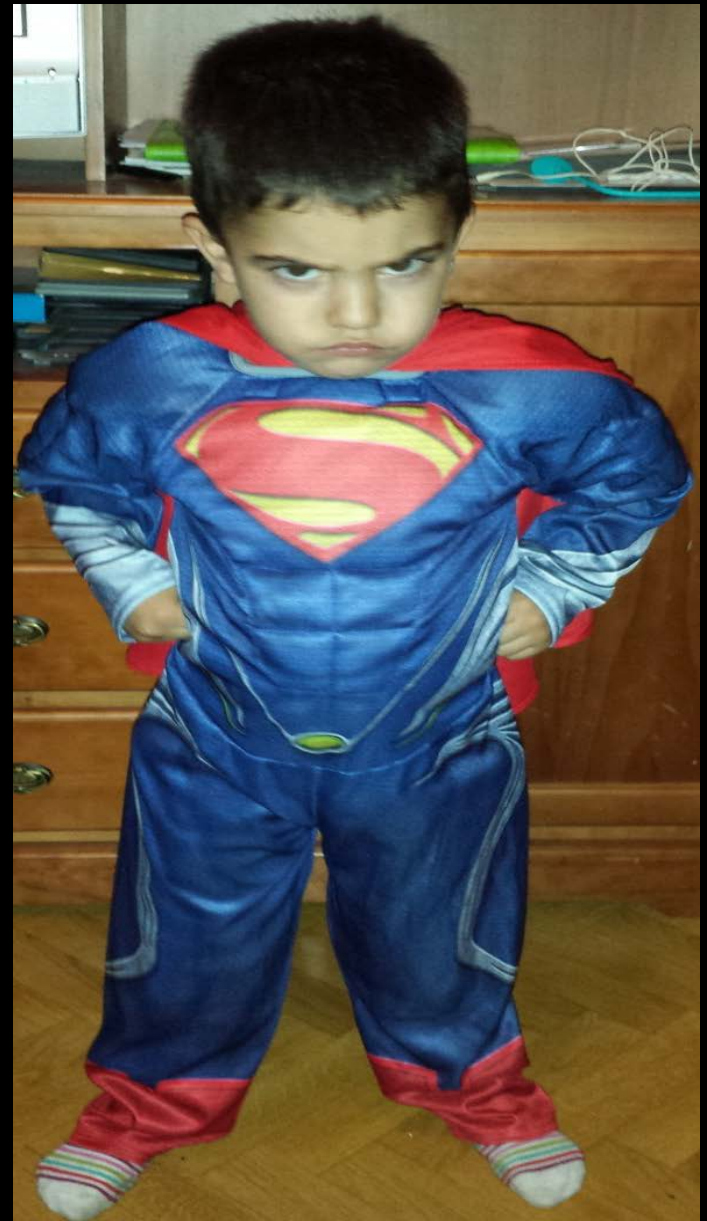
Pembrolizumab aumenta la Supervivencia Global en comparación con Quimioterapia en Cáncer de Vejiga Avanzado Platino-Resistente

Overall Survival





VS



Muchas Gracias