

# **Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento del CÁNCER DE VEJIGA**

Estimados colegas y amigos.

El día 15 de mayo de 2013, se presentó en la Academia Nacional de Medicina la versión final aprobada del Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento del CÁNCER DE VEJIGA, de cuya redacción participaron todas las Sociedades involucradas e interesadas en el tema.

## **SOCIEDADES AUTORAS**

Asociación Argentina de Oncología Clínica  
Asociación Médica Argentina  
Federación Argentina de Urología  
Instituto de Oncología Angel H. Roffo  
Sociedad Argentina de Cancerología  
Sociedad Argentina de Patología  
Sociedad Argentina de Radiología  
Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica  
Sociedad Argentina de Urología

Convocadas por la Academia Nacional de Medicina  
Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades  
Programa Argentino de Consensos en Enfermedades Oncológicas

Coordinar su participación y lograr la convergencia de opiniones para obtener criterios comunes, requirió un largo camino, que comenzó a fines del año 2011.

También fue necesaria la participación de muchos colegas que sacrificaron su tiempo para lograrlo, y merecen nuestra gratitud. La presentación del Consenso, que me fuera delegada por las Sociedades Autoras, fue signada por dos hechos.

El primero, ese 15 de mayo se cumplía exactamente 1 año del fallecimiento del Académico Juan Manuel Ghirlanda, recordado Urólogo, Docente por vocación y Presidente de la Academia Nacional de Medicina por sus grandes méritos.

El segundo, este año 2013 se cumplen 10 años de la convocatoria de la ANM a las Sociedades de Urología (FAU y SAU) a participar de un Comité Ejecutivo para la redacción de Consensos Nacionales Inter-Sociedades de los distintos cánceres urológicos, y que integro desde su formación en representación de ambas sociedades. Esta década de intenso trabajo merece un breve recuerdo histórico que pone de relieve lo logrado hasta la actualidad.

## **HISTORIA DE LOS CONSENSOS**

Nuestra participación en este tema comenzó en 1997 con la publicación de los Lineamientos Básicos en el Diagnóstico y Tratamiento de los Tumores Urológicos publicado por la SAU en el Congreso Argentino de Urología Presidido por el desaparecido Prof. Carlos Scorticatti, realizado en el Colegio Nacional Buenos Aires.

En el año 2000 la FAU publicó sus propios Algoritmos Oncológicos Diagnósticos y Terapéuticos.

En 2002 se firmaron sendos Convenios de colaboración de la SAU y de la FAU en Consensos Urológicos con PAMI.

El paso siguiente, en 2003, fue la unión de la SAU y la FAU para generar el Consenso Urológico Nacional sobre CÁNCER DE PRÓSTATA, y seguidamente, entre 2003 y 2004, publicar los consensos de las principales neoplasias urológicas, en nombre y representación de todos los urólogos del país.

Estos consensos tuvieron amplia difusión, repercutieron en el desempeño de nuestra profesión, fueron utilizados ampliamente por auditorías y también en el ámbito judicial y en el 2004 recibieron el Aval Institucional Universitario de la Facultad de Medicina de la UBA.

Hacia fines de 2003, basada en el prestigio de estos consensos urológicos, se produce la convocatoria de la ANM, bajo la presidencia del Académico Prof. Dr. César Bergadá. En 2004 se firma el primer Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre CÁNCER DE PRÓSTATA, que recibe el reconocimiento del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN.

En 2005 se publican los consensos sobre Cáncer de Vejiga, la enmienda 1 de Cáncer de Próstata y el Consenso Multidisciplinario para el Diagnóstico y Tratamiento del CÁNCER DE PENE en la Argentina, junto con el Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas.

En 2006 Neoplasias Renales y su enmienda 1, que en el año 2007 recibe el PREMIO COOPERACIÓN de la SAU.

En el 2007 Tumores de Testículo, en 2008 una nueva edición de Cáncer de Próstata, dedicado a la memoria de la fallecida Presidente de la Sociedad Argentina de Cancerología, Dra. Silvia Jovtis.

En 2010, nueva edición de Neoplasias Renales, último consenso publicado y que también recibió el PREMIO COOPERACIÓN de la SAU. Con el transcurso de los años, se fueron incorporando nuevas Sociedades a la redacción de los Consensos, hasta conformar las diez actuales.

## **CONSENSO**

En este contexto, las palabras lineamiento, pauta, norma, son modelos de comportamiento que se consideran recomendables (de consenso se deriva también consorcio, como partícipes de una suerte común).

Consenso es Concordia, al cual cada participante aporta conocimiento, experiencia y conciencia de las reales posibilidades. Aproxima posiciones diversas, y para lograrlo, todos tienen que ceder algo en pos del interés común. La unidad así conseguida proporciona mayor fuerza a las recomendaciones y permite usar los caminos críticos más eficientes.

## **ALGORITMO**

Estos consensos están diseñados en base a una descripción detallada de los algoritmos adjuntos, en páginas enfrentadas para facilitar su lectura.

La palabra ALGORITMO o algorismo proviene del árabe Al-Khwarizmi, célebre matemático y astrónomo del siglo IX, Muhamed Bin Musa Al-Khwarizmi (Algorizm) (770 - 840 dc). Miembro de la "Casa de la sabiduría", Fundada en Bagdad por el califa Al-Mamun, en la que trabajaron sabios judíos y cristianos procedentes de Siria, Irán y Mesopotamia. Descendiente de Zoroastro (Zaratustra), adquirió su conocimiento de las matemáticas y astronomía Indias de los sacerdotes de Zoroastro.

Difusor del SISTEMA ARÁBIGO de numeración (de allí GUARISMOS)

Introdujo de la India el CERO (de allí surge el SISTEMA DECIMAL)

Primero en escribir sobre la solución de problemas usando CAMINOS CRÍTICOS

Con ellos logra resolver las ecuaciones de segundo grado, creando el ALGEBRA.

En su concepto, el uso de los algoritmos EVITA LAS REPETICIONES, LAS SUPERPOSICIONES Y LAS REDUNDANCIAS. Podríamos agregar que ayuda a evitar olvidos, a no saltar pasos y disminuye la incidencia del error médico. No pretende reemplazar al conocimiento y la experiencia, pero sí ayudar en la pauta siempre dramática de las decisiones diarias.

Cada algoritmo contiene más de un camino crítico, cada uno de los cuales debe tener una estructura lógica y ser coherente y consistente. Cada camino crítico tiene un inicio, un desarrollo y una salida o final, es completo en sí mismo y autosuficiente. Como ejemplo, el algoritmo diagnóstico de este consenso contiene 30 caminos críticos. Un paciente determinado puede generalmente ser aplicado a uno de estos caminos. Si no fuera posible o no se adaptara adecuadamente al mismo, es recomendable presentar el caso en el ateneo del servicio o en el Comité de Tumores Hospitalario.

## **PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LOS CONSENSOS DE CÁNCER DE VEJIGA DE 2005 Y EL ACTUAL, cuya versión completa adjunta facilitará su comprensión.**

Importantes avances en Imagenología

Cambio en la definición de tumores superficiales

Establecimiento de grupos de riesgo, BAJO, INTERMEDIO Y ALTO

## **CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO**

Reafirmar el concepto de RTU COMPLETA o de máxima citoreducción

Importantes avances en Quimioterapia y Radioterapia

Nuevos conceptos en tratamientos Multimodales (I-II y III)

Incorporación de los Tumores No Uroteliales

## **DIAGNÓSTICO**

Imágenes: Todas sus incidencias están referidas al Capítulo de IMÁGENES.

Citología, Anatomía Patológica: Al Capítulo de PATOLOGÍA.

Cistoscopia y RTU simultáneas: Mayores posibilidades de que mejores imágenes permitan realizar el estudio y tratamiento endoscópico en el mismo tiempo.

Opción a realizar quimioterapia PO inmediata.

## **ESTADIFICACIÓN Y TRATAMIENTO: Tumores no invasivos del músculo detrusor.**

Tumores NO INVASIVOS DEL MÚSCULO detrusor REEMPLAZA a tumores SUPERFICIALES

RTU COMPLETA

CORION AUSENTE: Re-RTU.

MÚSCULO AUSENTE

Corion no invadido, Bajo Grado, no es necesaria la ReRTU.

Corion invadido o Alto Grado, sí es necesaria la ReRTU.

GRUPOS DE RIESGO (Bajo, Intermedio, Alto).

RIESGO ALTO: Cualquier T de Alto Grado, T1 de Cualquier Grado, CIS: ReRTU siempre. El T1

INVADE el corion: RIESGO ALTO SIEMPRE.

IMAGENES: Prioridad de Uro-RM y Uro-TC. Opcional PET/CT.

## **ESTADIFICACIÓN Y TRATAMIENTO: Tumores invasivos del músculo detrusor**

### **TRATAMIENTO DE ELECCIÓN: CISTECTOMÍA RADICAL**

#### **TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO RADICAL:**

Conservación vesical: Multimodal I  
Inoperables: Multimodal II  
Locorregional avanzado: Multimodal III

#### **CONSERVACIÓN VESICAL: Multimodal I**

RTU completa o de máxima citoreducción  
Qt+Rt inicial->Evaluación->Según el resultado de la evaluación: Completar Qt+Rt o Cistectomía

#### **PACIENTES INOPERABLES: Multimodal II**

RTU completa o de máxima citoreducción  
Buena función renal  
Multimodal con Cisplatino  
Mala función renal  
Multimodal sin Cisplatino  
Radioterapia Radical

#### **LOCOREGIONAL AVANZADO: Multimodal III**

RTU completa o de máxima citoreducción  
Rt+Qt inicial->Evaluación-> Según el resultado de la evaluación: Completar Qt+Rt o Cistectomía, si factible  
+ linfadenectomía ampliada

## **TRATAMIENTO**

### **Tumor diseminado**

Sin cambios significativos  
Actualización en Quimioterapia y Radioterapia

## **SEGUIMIENTO**

### **Tumores no invasivos**

Sin cambios significativos

### **Tumores invasivos**

Imágenes  
Tc Tórax reemplaza a Rx  
Uro-RM o Uro-TC  
PET/CT opcional

## **TUMORES NO UROTELIALES: Clasificación y recomendaciones básicas de tratamiento.**

Histología mixta  
Escamoso puro  
Adenocarcinoma  
Componentes de células pequeñas o neuroendócrinos  
Carcinoma de uraco  
Sarcoma primario de vejiga

## **CAPÍTULO DE IMÁGENES**

Enumera todos los estudios. En cada uno analiza:

Generalidades  
Requisitos mínimos  
Recomendaciones para su utilización en  
Diagnóstico, Estadificación  
Aplicación de los estudios en los algoritmos  
Medios de contraste  
Toxicidad; Nefropatía Iinducida poe Contraste – Fibrosis Nefrogénica Sistémica – Insuficiencia Renal Crónica

## **CAPÍTULO ANATOMÍA PATOLÓGICA**

Histología  
Urotelial clásica  
Mixta  
No urotelial  
Citología  
Datos a consignar en el informe  
Remisión de las piezas

## **CAPÍTULO QUIMIOTERAPIA Sistémica**

Esquemas de drogas

Intento de Conservación

Neoadyuvante, Adyuvante, Metastásica sin contraindicación a Cisplatino

1ª línea

Metastásica con contraindicación a Cisplatino

1ª línea

2ª línea

## **CAPÍTULO QUIMIOTERAPIA O INMUNOTERAPIA Local**

Cambio en el esquema de la BCG:

Inicial igual, semanal durante 6 semanas

Mantenimiento, cada 3 meses, semanal durante 3 semanas

Suprime Thiotepa

## **CAPÍTULO DE TERAPIA RADIANTE**

Técnica, dosis, multimodal

Radical

Conservadora

Adyuvante

Paliativa

Tabla de Toxicidad

Expresamos nuestro deseo de que este consenso sea de real utilidad práctica para todos los urólogos en su práctica diaria y contribuya a un mejor entendimiento con los colegas de especialidades vecinas, obras sociales y prepagas y un firme apoyo ante situaciones potencialmente judiciales.

Para finalizar, nuestro mayor agradecimiento a todas las Sociedades participantes y a sus representantes, por el logro de la unidad en los objetivos propuestos y por la confianza depositada en mi persona.

**Hugo Signori**

Representante de la FAU ante la ANM

15 de mayo de 2013