



MINISTERIO de
SALUD y
AMBIENTE
de la NACIÓN

Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Vejiga

Asociación Médica Argentina
Federación Argentina de Urología
Sociedad Argentina de Cancerología
Sociedad Argentina de Patología
Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica
Sociedad Argentina de Urología

Las entidades científicas involucradas en el estudio y tratamiento de esta patología, han concretado la elaboración de un Documento denominado Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Lineamientos para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Vejiga, que tiene por objetivo unificar los criterios con que los especialistas abordarán a partir del presente esta frecuente afección.

Convocadas por la Academia Nacional de Medicina, por intermedio del Instituto de Estudios Oncológicos, las entidades participantes avalan este Consenso Multidisciplinario, que aúna los criterios propuestos por todos los profesionales que se encuentran comprometidos en el diagnóstico y tratamiento del Cáncer de Vejiga.

Está previsto que las entidades participantes del Consenso realicen en forma periódica una revisión de lo acordado a fin de incorporar los permanentes avances que se producen en ese campo específico de la Medicina.

Asimismo se comprometen a difundir y promover el uso del contenido de este documento en todas las áreas y entidades responsables del manejo de la Salud, Institutos Nacionales, PAMI, Provinciales, Municipales, Colegios Médicos, entidades de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Mutuales, Hospitales de Comunidad, Hospitales Universitarios, demás entidades relacionadas y su aplicación por todos los especialistas del país.

2005



01
CANCER DE VEJIGA
DIAGNOSTICO

[1] Ante la SOSPECHA de un TUMOR VESICAL por:

[2] SINTOMAS IRRITATIVOS,

[19] HEMATURIA o

[20] HALLAZGO incidental en estudios por IMÁGENES,

[3] se realizará ECOGRAFÍA y/o UROGRAMA Excretor,

[4] CISTOSCOPIA y

[5] opcionalmente CITOLOGIA y/u otro MARCADOR.

[6] Ante la PRESENCIA de un TUMOR de vejiga,

[7] si se SOSPECHA un TIS,

[8] se realizará RTU y BIOPSIA fría de zonas sospechosas.

[9] Si el TUMOR es FACTIBLE de RTU, esta se realizará sin omitir la palpación bimanual.

[10] Si en la RTU el tumor fuera de característica SUPERFICIAL,

[11] se realizará RTU COMPLETA, fraccionada y BIOPSIA fría de zonas sospechosas.

[14] Si el tumor fuera de característica INVASIVO del músculo detrusor,

[15] se intentará la realización de una RTU COMPLETA o de MÁXIMA CITORREDUCCION en forma fraccionada y BIOPSIA fría de zonas sospechosas.

[12] En todos los casos en que se realice RTU [8] [11] [15] y la CITOLOGIA [5] fuera POSITIVA, se agregará,

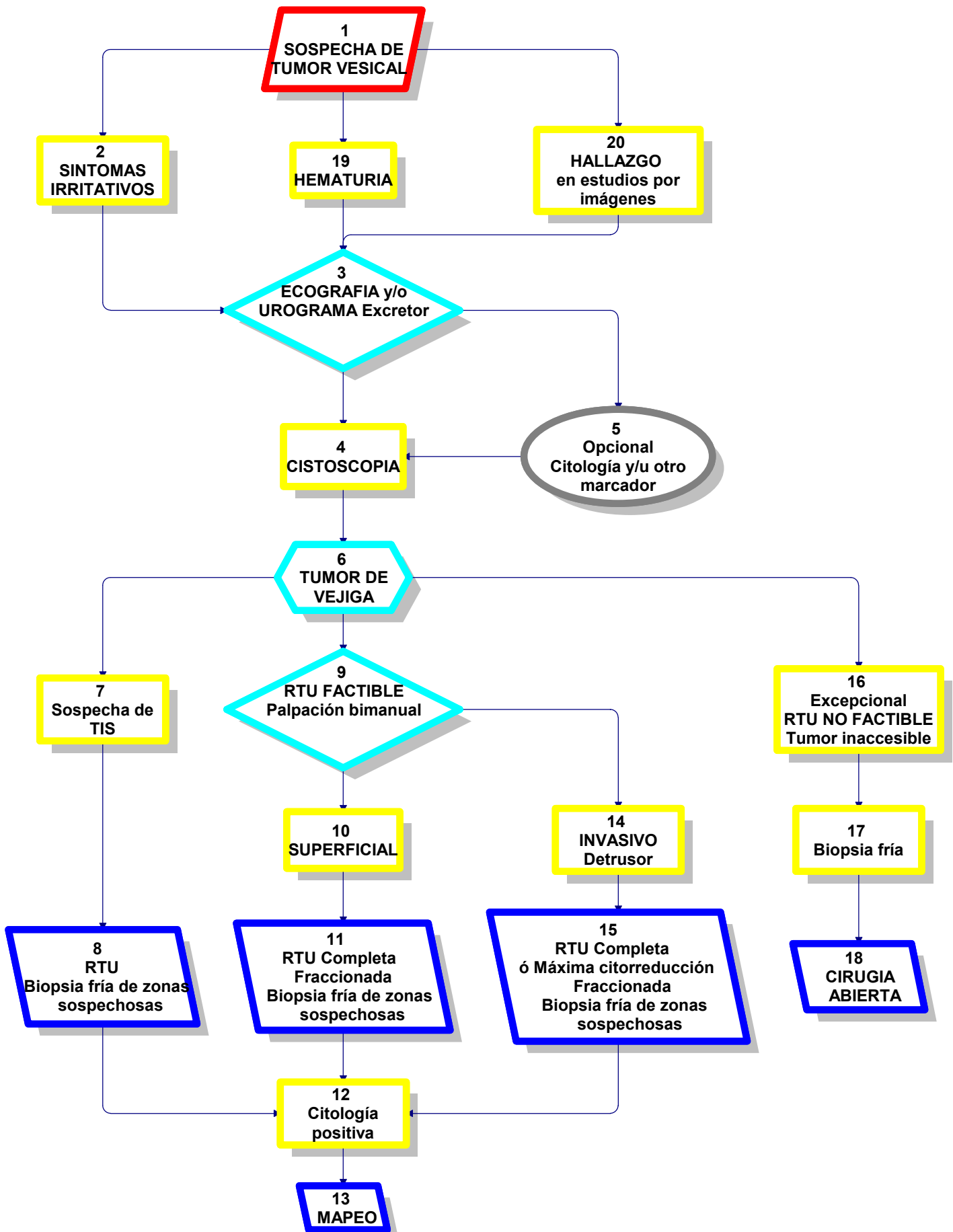
[13] biopsia por MAPEO.

[16] EXCEPCIONALMENTE, si la RTU NO fuera FACTIBLE por razones técnicas o tumor inaccesible,

[17] previa BIOPSIA,

[18] se optará por la CIRUGIA ABIERTA.

01
CANCER DE VEJIGA
DIAGNOSTICO



02
CANCER DE VEJIGA
ESTADIFICACION

[1] ESTADIFICACION

[2] ANATOMIA PATOLOGICA:

[3] Si fuera un tumor SUPERFICIAL [pTa-pT1],

[7] de RIESGO BAJO,

[8] [pTa BPM (Neoplasia de Bajo Potencial de Malignidad)-BG (Carcinoma de Bajo Grado) y UNICO],

[14] se realizará TRATAMIENTO según el estadio TNM (Cuadro 12).

[4] de RIESGO ALTO,

[5] [pTa AG (Carcinoma de Alto Grado), pT1 cualquier G (Grado) y/o múltiple, y/o recidivado y/o con TIS presente],

[6] se realizará UROGRAMA EXCRETOR (para investigar tumores de vía) y

[14] TRATAMIENTO según el estadio TNM.

[9] Si fuera un tumor INVASIVO del músculo DETRUSOR [pT2 o mayor],

[10] opcionalmente, CENTELLOGRAMA óseo y/o fosfatasa alcalina,

[11] TAC de abdomen y pelvis sin y con contraste y

[6] UROGRAMA (para investigar tumores de vía) o

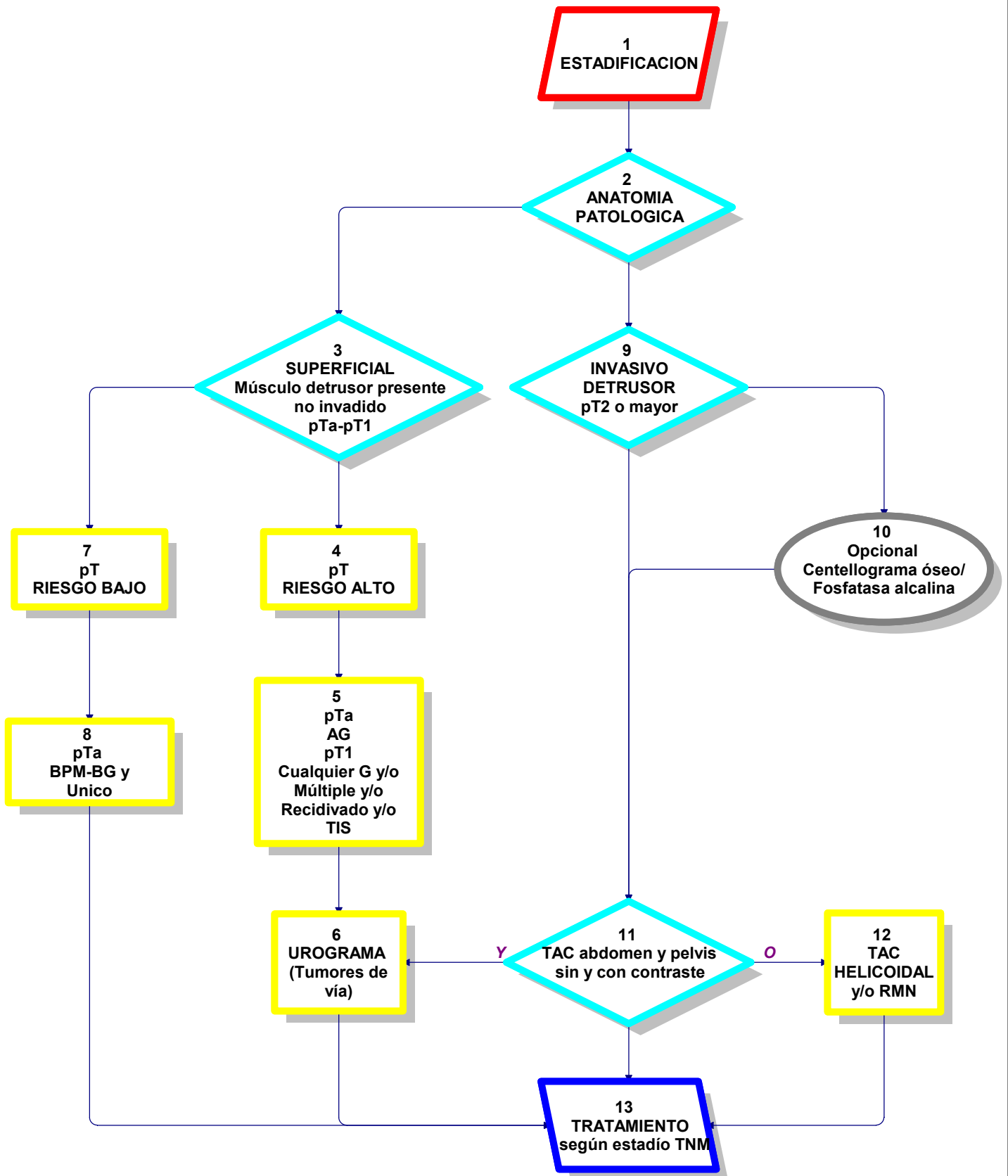
[12] TAC HELICOIDAL de abdomen y pelvis sin y con contraste y/o RMN y

[13] TRATAMIENTO según el estadio TNM.

CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA - CLASIFICACION WHO-ISUP 2004

WHO ISUP 2004	WHO: World Health Organization ISUP: International Society of Urological Pathology	En este Consenso se utiliza la clasificación de la WHO-ISUP 2004. Se recomienda su uso en los futuros informes patológicos o que el patólogo homologue a esta la clasificación utilizada. Dado que la equivalencia con otras clasificaciones no es lineal grado a grado, debido a distinta interpretación de los parámetros utilizados, se aconseja consultar los sitios: www.acamedbai.org.ar www.ama-med.org.ar www.cancerologia.org.ar www.fau.com.ar www.sap.com.ar/in.asp www.sau-net.org SATRO
Papiloma	Papiloma	
BPM	Neoplasia de Bajo Potencial de Malignidad	
BG	Carcinoma de Bajo Grado	
AG	Carcinoma de Alto Grado	

02
CANCER DE VEJIGA
ESTADIFICACION



03
CANCER DE VEJIGA
TRATAMIENTO
TIS

[1] SI EL RESULTADO DE LA PATOLOGIA,

[2] es un TIS,

[3] se realizará inmunoterapia con BCG y

[4] el paciente pasará a CONTROL.

[5] Se realizará una CISTOSCOPIA y CITOLOGIA cada 3 meses el primer año, cada 4 meses el 2º, cada 6 meses el 3º y luego una vez por año y

[6] opcionalmente OTROS MARCADORES cada 6 meses.

[7] y [19] Si NO se sospecha RECIDIVA,

[4] el paciente sigue en CONTROL.

[7] y [8] Si se sospecha RECIDIVA,

[9] se realiza RTU y BIOPSIA fría de zonas sospechosas.

[10] Si la CITOLOGIA es positiva, se agrega BIOPSIA por MAPEO.

[11] Si hay RECIDIVA de TIS NO INVASIVO,

[12] en la PRIMERA recidiva,

[15] se recicla con BCG y

[4] continúa en CONTROL.

[13] En la SEGUNDA recidiva,

[14] se indica CISTECTOMIA.

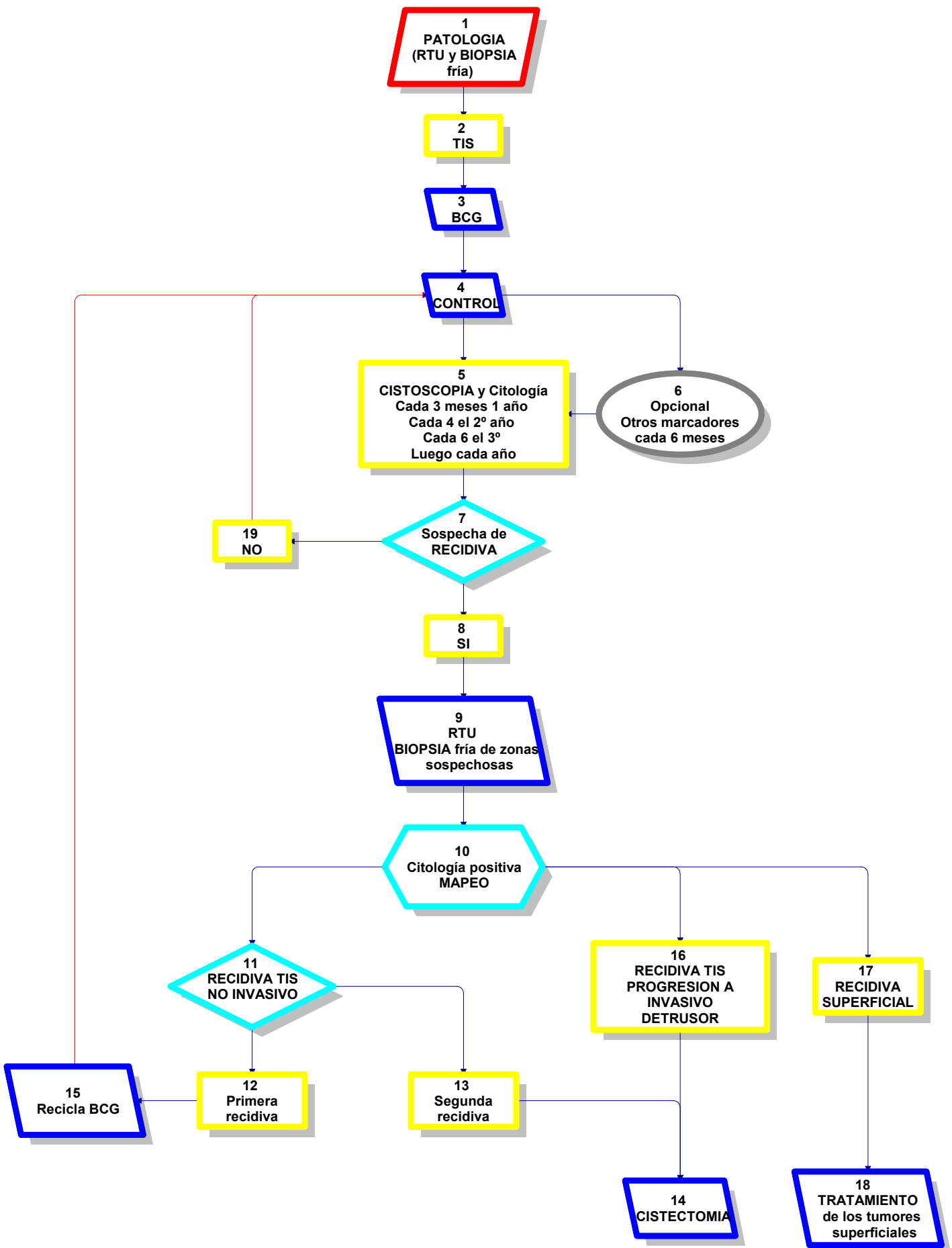
[16] Si hay RECIDIVA de TIS CON PROGRESIÓN a INVASIVO del músculo DETRUSOR,

[14] se indica CISTECTOMIA.

[17] Si hay RECIDIVA SUPERFICIAL,

[18] se realiza TRATAMIENTO de los tumores superficiales.

03
CANCER DE VEJIGA
TRATAMIENTO
TIS



04
CANCER DE VEJIGA
TRATAMIENTO
TUMORES SUPERFICIALES
pTA-pT1

[1] SI LA PATOLOGIA FUERA PTA-PT1,

[2] pT de RIESGO BAJO,

[3] pTa BPM-BG y UNICO,

[4] pasa a CONTROL.

[6] pT de RIESGO ALTO,

[7] pTa AG, pT1 BPM-BG y/o múltiple y/o recidivado,

[8] se realiza QUIMIOTERAPIA local o

[9] BCG y

[4] pasa a CONTROL,

[5] según los lineamientos de SEGUIMIENTO.

[12] pT1 AG con o sin tumor in situ [TIS],

[13] se podrá opcionalmente re-resecar al paciente y

[9] se realizará BCG.

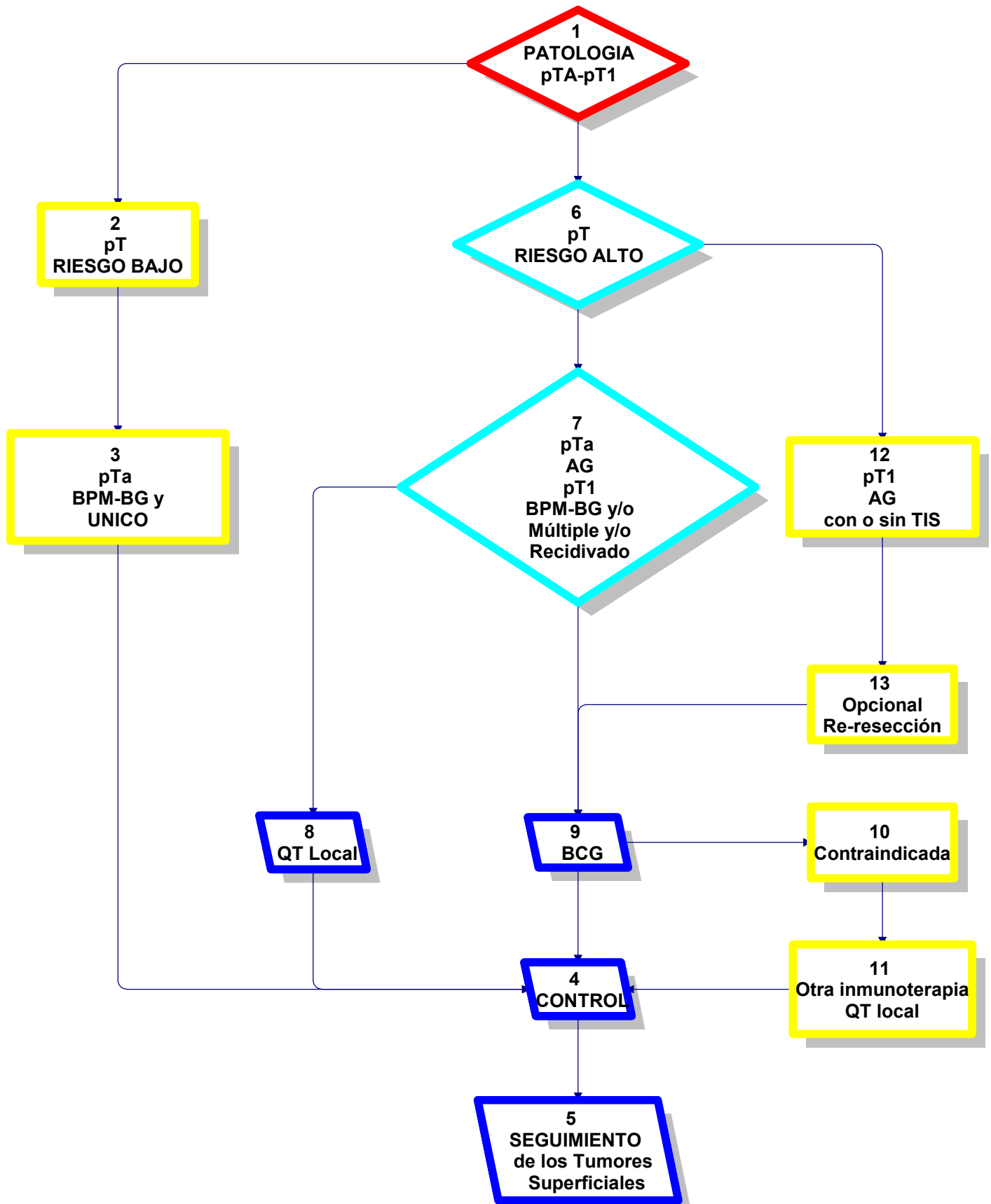
[10] Si esta estuviera CONTRAINDICADA,

[11] OTRA INMUNOTERAPIA o QUIMIOTERAPIA local,

[4] siguiendo luego en CONTROL,

[5] según lineamientos de SEGUIMIENTO de los tumores superficiales.

04
CANCER DE VEJIGA
TRATAMIENTO
Tumores superficiales
pTA-pT1



05
CANCER DE VEJIGA
TRATAMIENTO
TUMORES INVASIVOS DEL MUSCULO DETRUSOR
pT2-pT3

[1] SI LA PATOLOGIA FUERA:

[2] pT2-pT3,

[4] se podrá optar por la CISTECTOMIA radical y LINFADENECTOMIA regional de estadificación,

[3] con o sin QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE en los pT2b-pT3, y/o

[5] opcional ADYUVANTE.

[6] Se podrá optar también por el intento de CONSERVACION vesical,

[7] realizando RTU COMPLETA o de máxima citorreducción, QUIMIOTERAPIA sistémica y RADIOTERAPIA (tratamiento TRIMODAL)

[8] efectuando una CISTECTOMIA PARCIAL en casos especiales [tumor único, cúpula, con posibilidad de márgenes de resección oncológicos, sin TIS asociado] y LINFADENECTOMIA regional de estadificación,

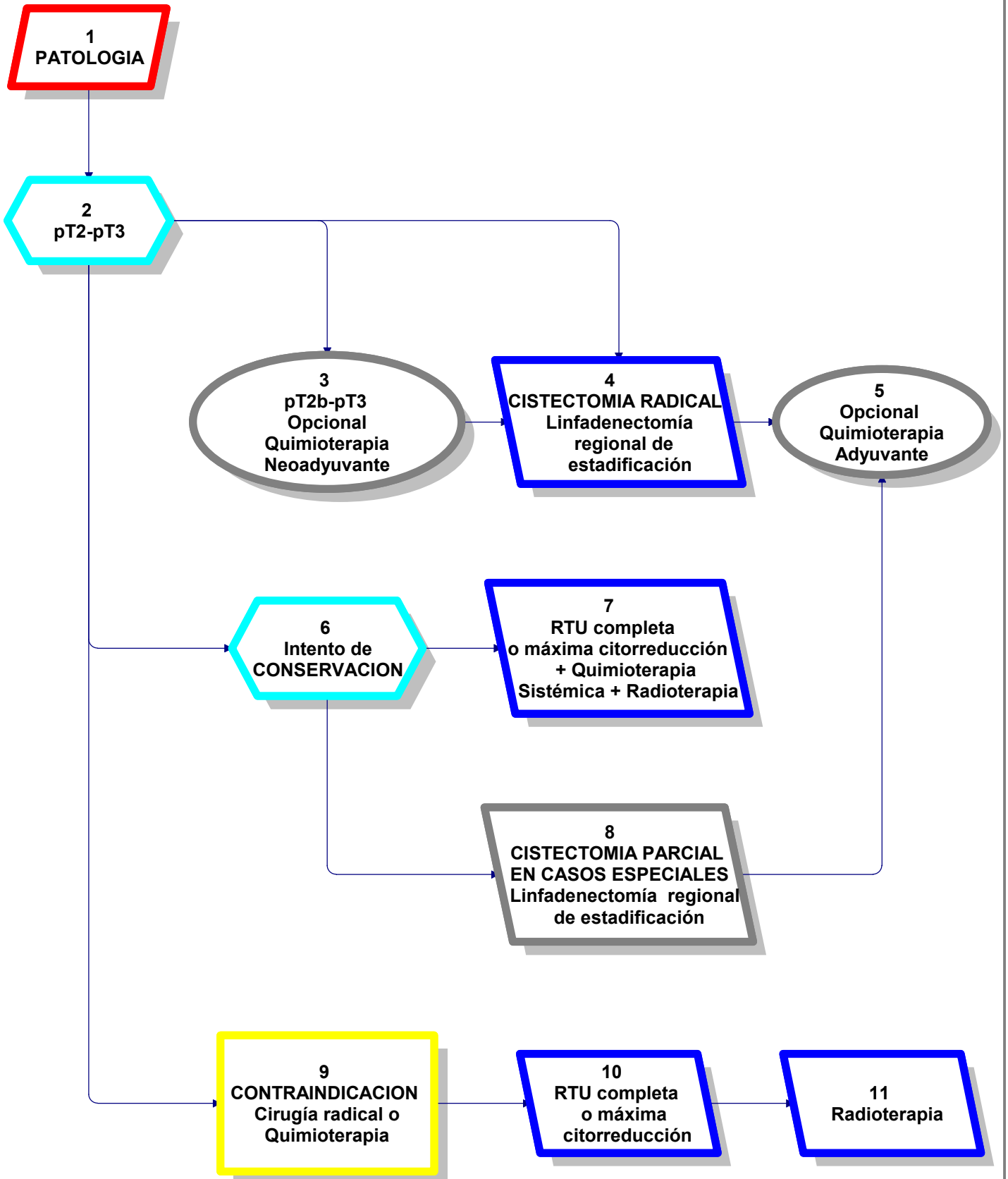
[5] con o sin QUIMIOTERAPIA sistémica adyuvante.

[9] Si existiera CONTRAINDICACION para la realización de cirugía radical o quimioterapia,

[10] se realizará RTU COMPLETA o de máxima citorreducción y

[11] RADIOTERAPIA.

05
CANCER DE VEJIGA
TRATAMIENTO
Tumores invasivos del músculo detrusor
pT2-pT3



06
CANCER DE VEJIGA
TRATAMIENTO
TUMORES INVASIVOS DEL MUSCULO DETRUSOR
TRATAMIENTO TRIMODAL

SI EN EL ESTADIO PT2-PT3 [ALGORITMO 5, CUADRO 7], SE OPTA POR LA CONSERVACION VESICAL MEDIANTE EL TRATAMIENTO TRIMODAL,

[1] luego de la RTU COMPLETA,

[2] se realizará QUIMIOTERAPIA,

[3] luego RADIOTERAPIA 4.500 cGy más QUIMIOTERAPIA.

[4] Se evalúa la RESPUESTA y

[7] si la RESPUESTA fuera INCOMPLETA y

[8] el paciente APTO para cirugía,

[9] se realizará la CISTECTOMIA radical.

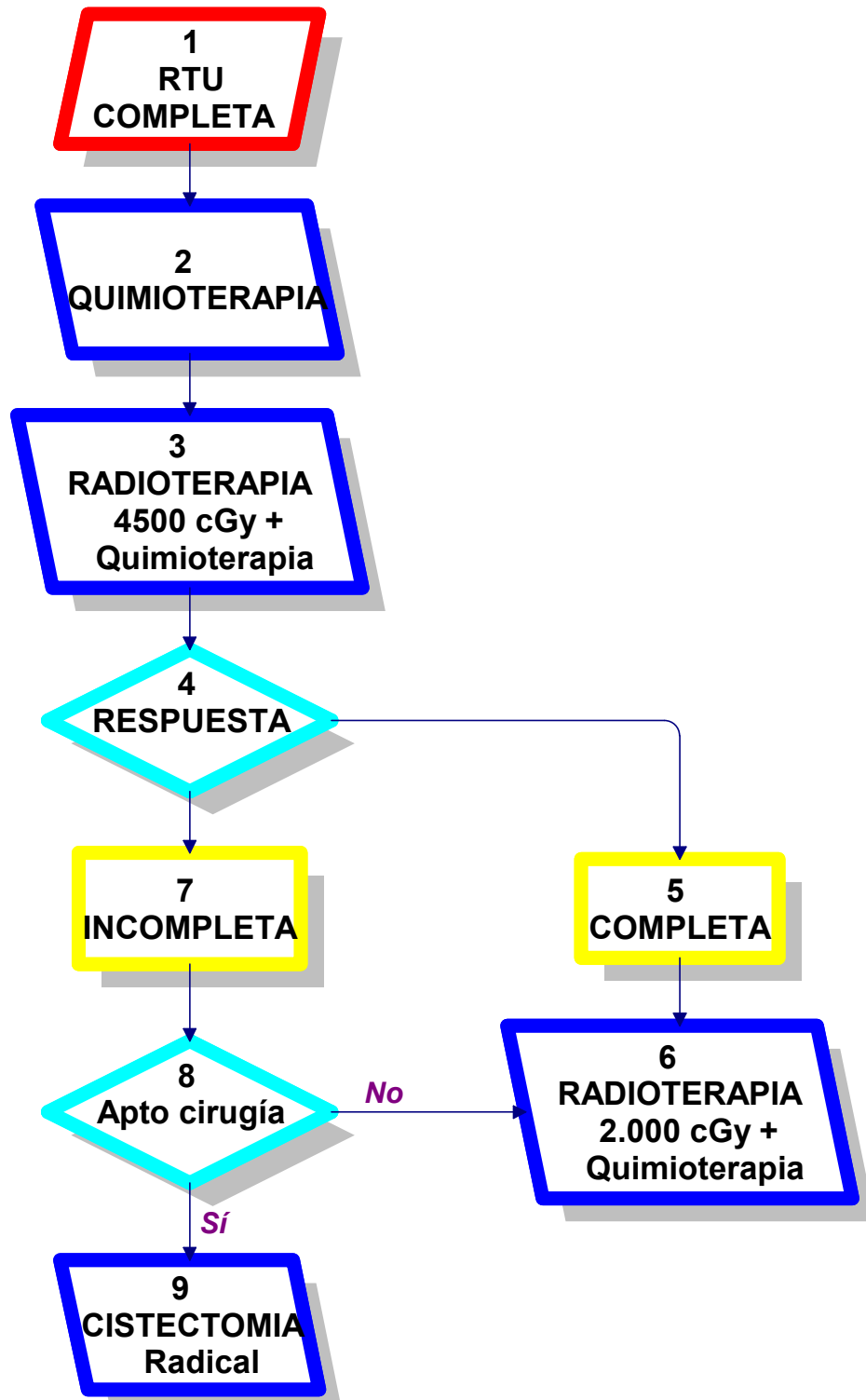
[8] si el paciente fuera NO APTO para cirugía,

[6] se completa la RADIOTERAPIA con 2.000 cGy más QUIMIOTERAPIA.

[5] Si la RESPUESTA es COMPLETA,

[6] se completa la RADIOTERAPIA con 2.000 cGy, más QUIMIOTERAPIA.

06
CANCER DE VEJIGA
TRATAMIENTO
pT2-pT3
CONSERVACION
Tratamiento trimodal
RTU-Radio-Quimioterapia



07
CANCER DE VEJIGA
TRATAMIENTO
TUMORES INVASIVOS
pT4

SI LA PATOLOGIA FUERA,

[1] pT4,

[2] En pT4a (invasión de próstata, útero o vagina),

[3] está indicada la CISTECTOMIA RADICAL,

[4] en la MUJER la exenteración anterior y

[5] si el RECTO se encuentra INFILTRADO la exenteración pelviana.

[6] Más QUIMIOTERAPIA y/o RADIOTERAPIA.

[13] En pT4b (invasión de pared pelviana, pared abdominal)

[14] está indicada la QUIMIOTERAPIA y/o RADIOTERAPIA,

[12] con o sin CISTECTOMIA PALIATIVA.

[7] En caso de existir OBSTRUCCION ureteral e INSUFICIENCIA RENAL,

[8] se realizará una DERIVACION URINARIA previa al tratamiento.

[9] Si se obtiene BUENA RESPUESTA con recuperación de la función renal, se realizará el tratamiento indicado, según corresponda, en

[2] pT4a

[13] pT4b

[10] En caso de MALA RESPUESTA a la derivación urinaria

[11] podrá realizarse RADIOTERAPIA

[12] con o sin CISTECTOMIA PALIATIVA.

[15] Simultáneamente se tratarán las COMPLICACIONES

[16] a medida que se presenten.

08
CANCER DE VEJIGA
TRATAMIENTO
TUMOR DISEMINADO

[1] EL CANCER DE VEJIGA DISEMINADO PUEDE SERLO EN FORMA:

[2] REGIONAL, con ganglios positivos,

[3] en el cual se realizará CISTECTOMIA MAS LINFADENECTOMIA y

[4] QUIMIOTERAPIA.

[7] SISTEMICO, con metástasis a distancia,

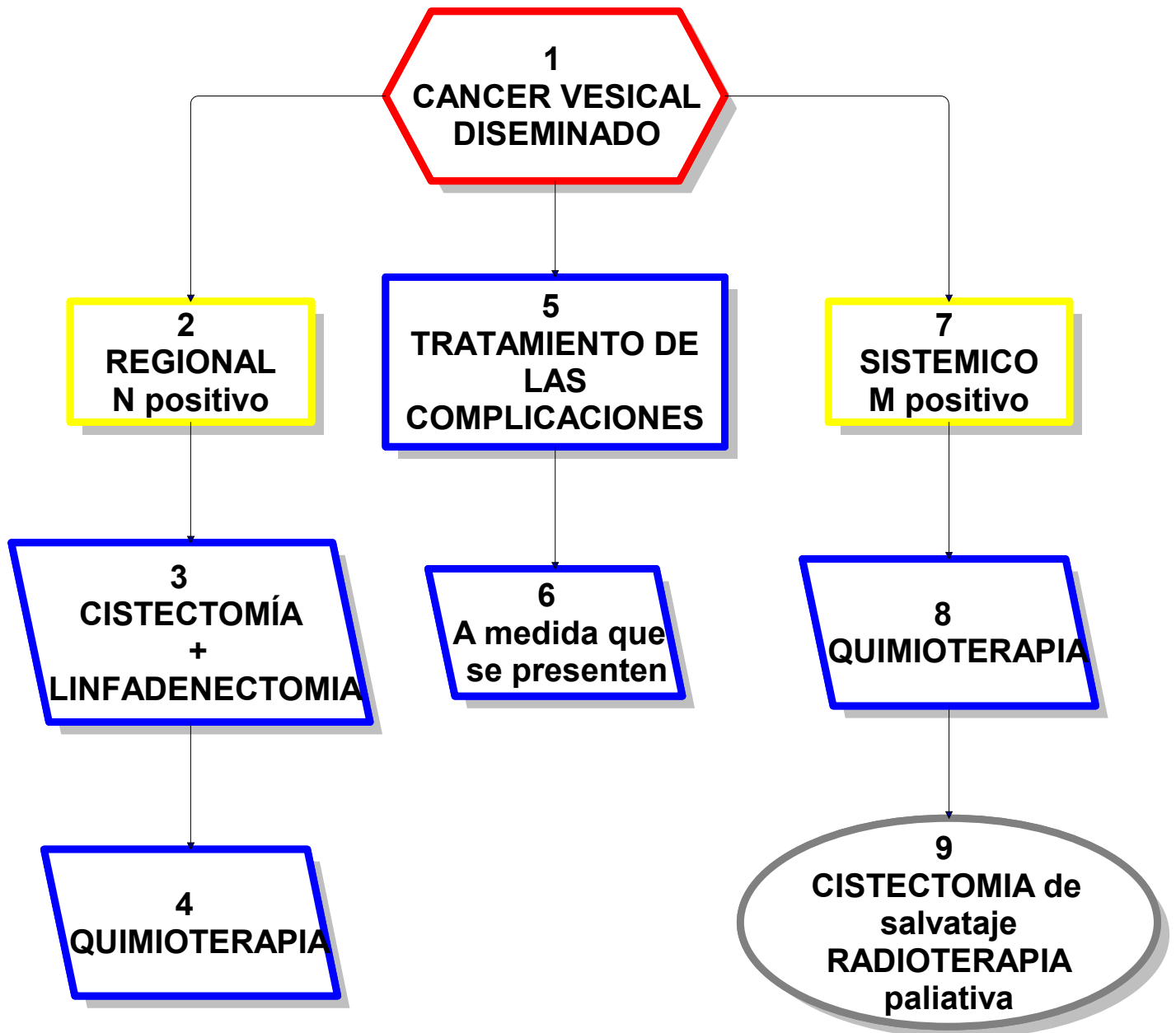
[8] en el cual se indicará QUIMIOTERAPIA y

[9] eventualmente CISTECTOMIA de salvataje o RADIOTERAPIA paliativa.

[5] Simultáneamente se realizará el TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

[6] a medida que se presenten.

08
CANCER DE VEJIGA
TRATAMIENTO
TUMOR DISEMINADO



09
CANCER DE VEJIGA
SEGUIMIENTO
Tumores superficiales
PTA-PT1

[1] SEGUIMIENTO DE LOS TUMORES SUPERFICIALES PTA-PT1:

[2] pT de BAJO RIESGO.

[3] En pTa BPM-BG y UNICO,

[4] se realizará CISTOSCOPIA cada 3 meses el primer año, cada 4 meses el 2º, cada 6 meses el 3º y luego anual.

[5] pT de ALTO RIESGO.

[6] En pTa AG, pT1 BG, y/o múltiple, y/o recidivado],

[7] se realizará CISTOSCOPIA cada 3 meses el primer año, cada 4 meses el 2º, cada 6 meses el 3º y luego anual y

[10] opcionalmente CITOLOGIA y

[11] otros MARCADORES cada 6 meses.

[8] En pT1 AG con o sin TIS,

[9] se realizará CISTOSCOPIA y CITOLOGIA cada 3 meses el primer año, cada 4 meses el 2º, cada 6 meses el 3º y luego anual y

[11] opcionalmente otros MARCADORES cada 6 meses.

[12] Si en los controles,

[13] NO hubiera RECIDIVA,

[14] el paciente sigue en CONTROL.

[15] Si hubiera RECIDIVA y

[16] el paciente fuera de grupo de BAJO RIESGO,

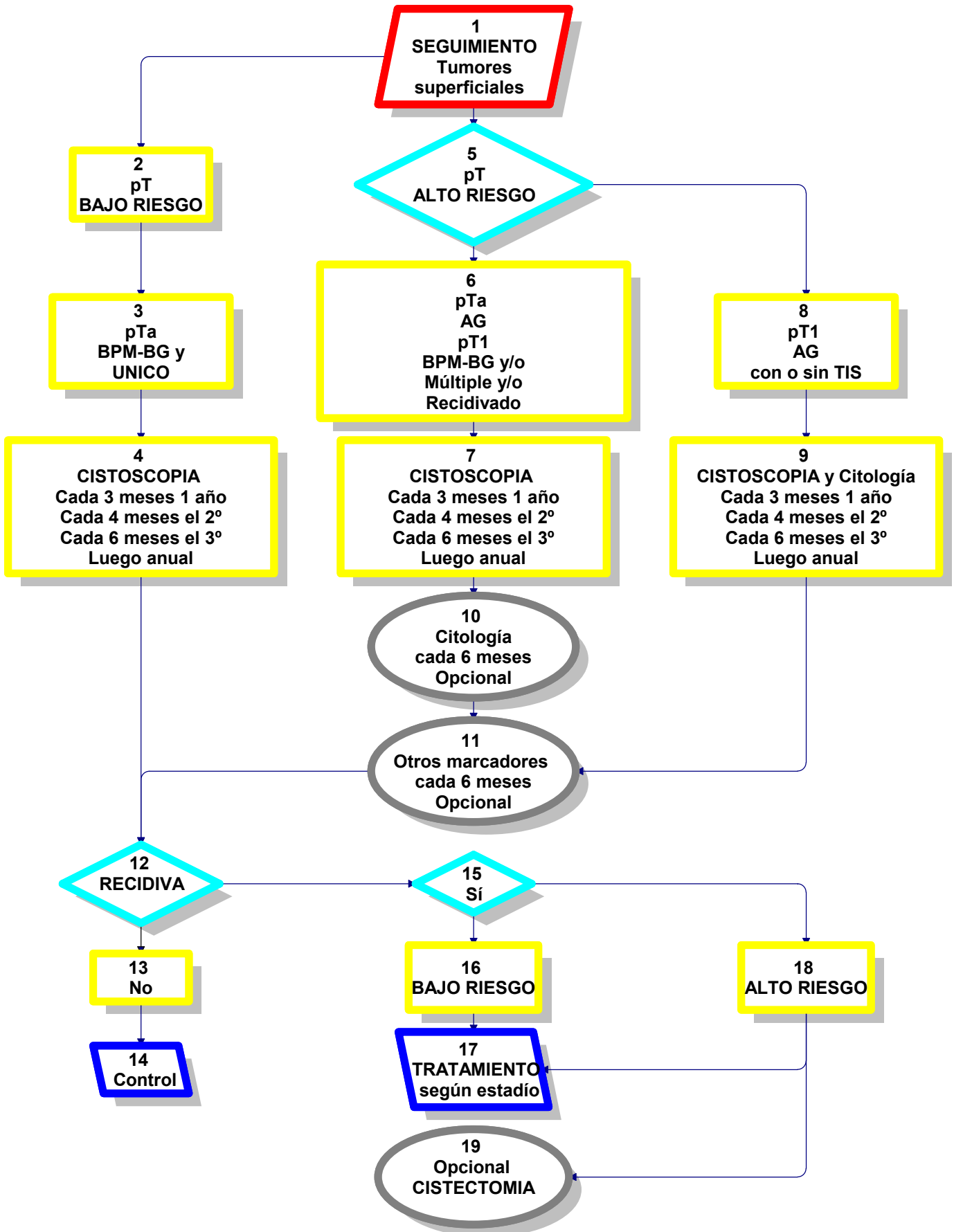
[17] se realizará TRATAMIENTO SEGUN ESTADIO.

[18] Si la recidiva fuera en el grupo de ALTO RIESGO, se puede optar por

[17] alternativas de TRATAMIENTO SEGUN ESTADIO u

[19] opcionalmente la CISTECTOMIA.

09
CANCER DE VEJIGA
SEGUIMIENTO
Tumores superficiales
pTa-pT1



10
CANCER DE VEJIGA
SEGUIMIENTO
Tumores invasivos del músculo detrusor
pT2-pT3

[1] SEGUIMIENTO DE LOS TUMORES INVASIVOS PT2-PT3:

[2] DESPUES DE LA CISTECTOMIA radical,

[3] se realizará radiografía de TORAX y TAC de abdomen y pelvis sin y con contraste y/o RMN cada 6 meses los dos primeros años y luego anualmente y

[4] opcionalmente, centellograma óseo.

[5] En los que se intentó la CONSERVACION VESICAL,

[6] se realizará CISTOSCOPIA cada 3 meses el primer año, cada 4 meses el 2º, cada 6 meses el 3º y luego anualmente,

[7] radiografía de TORAX y TAC y/o RMN cada 6 meses durante 2 años y luego anualmente.

[8] Si NO HAY RECIDIVA,

[14] el paciente sigue en CONTROL.

[8] Si hay RECIDIVA,

[9] se efectúa RTU COMPLETA y BIOPSIA fría de zonas sospechosas.

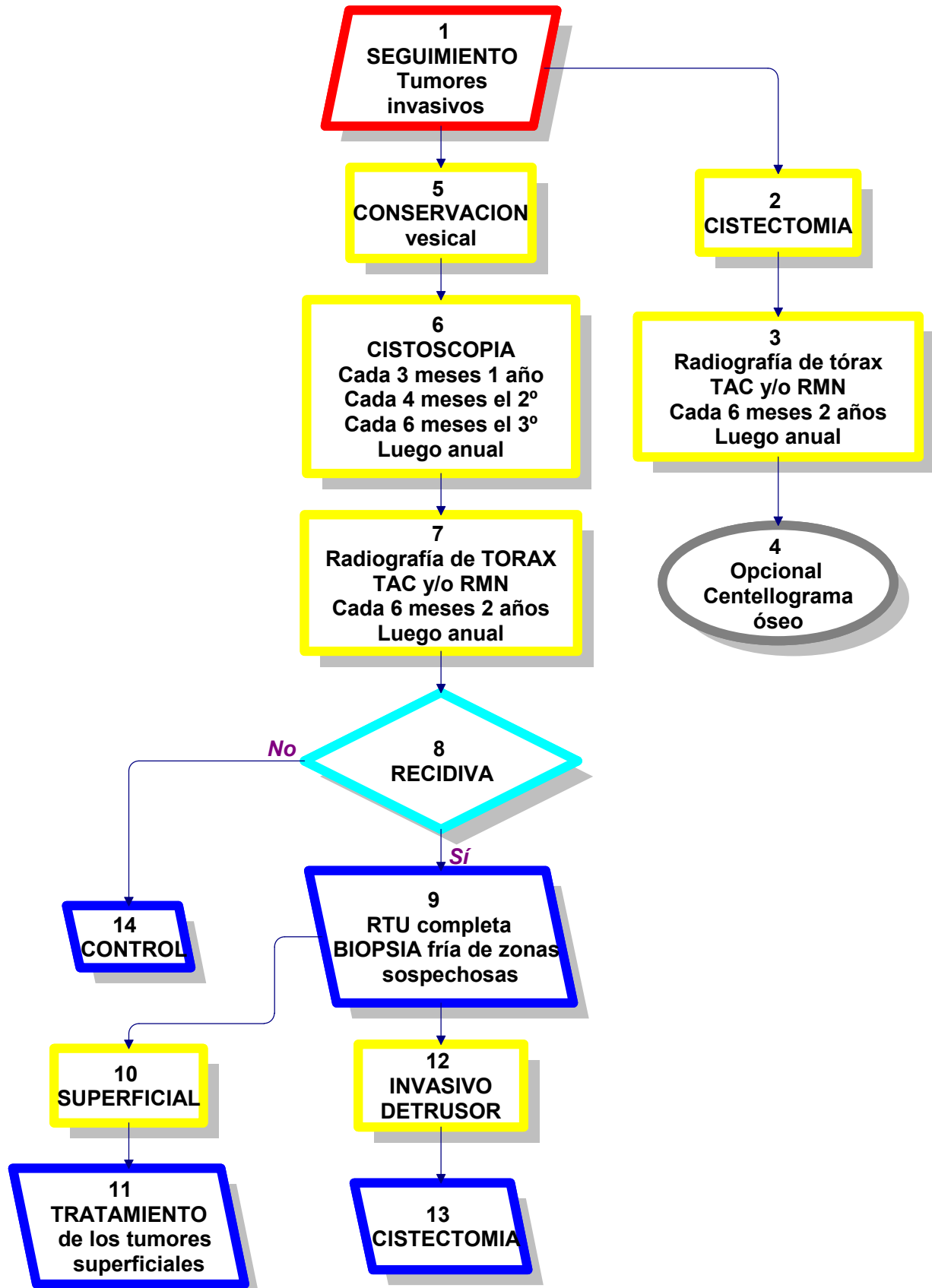
[10] Si la recidiva es SUPERFICIAL,

[11] se realiza TRATAMIENTO de los TUMORES SUPERFICIALES.

[12] Si la recidiva es INVASIVA del músculo DETRUSOR,

[13] se indica CISTECTOMIA.

10
CANCER DE VEJIGA
SEGUIMIENTO
Tumores invasivos del músculo detrusor
pT2-pT3



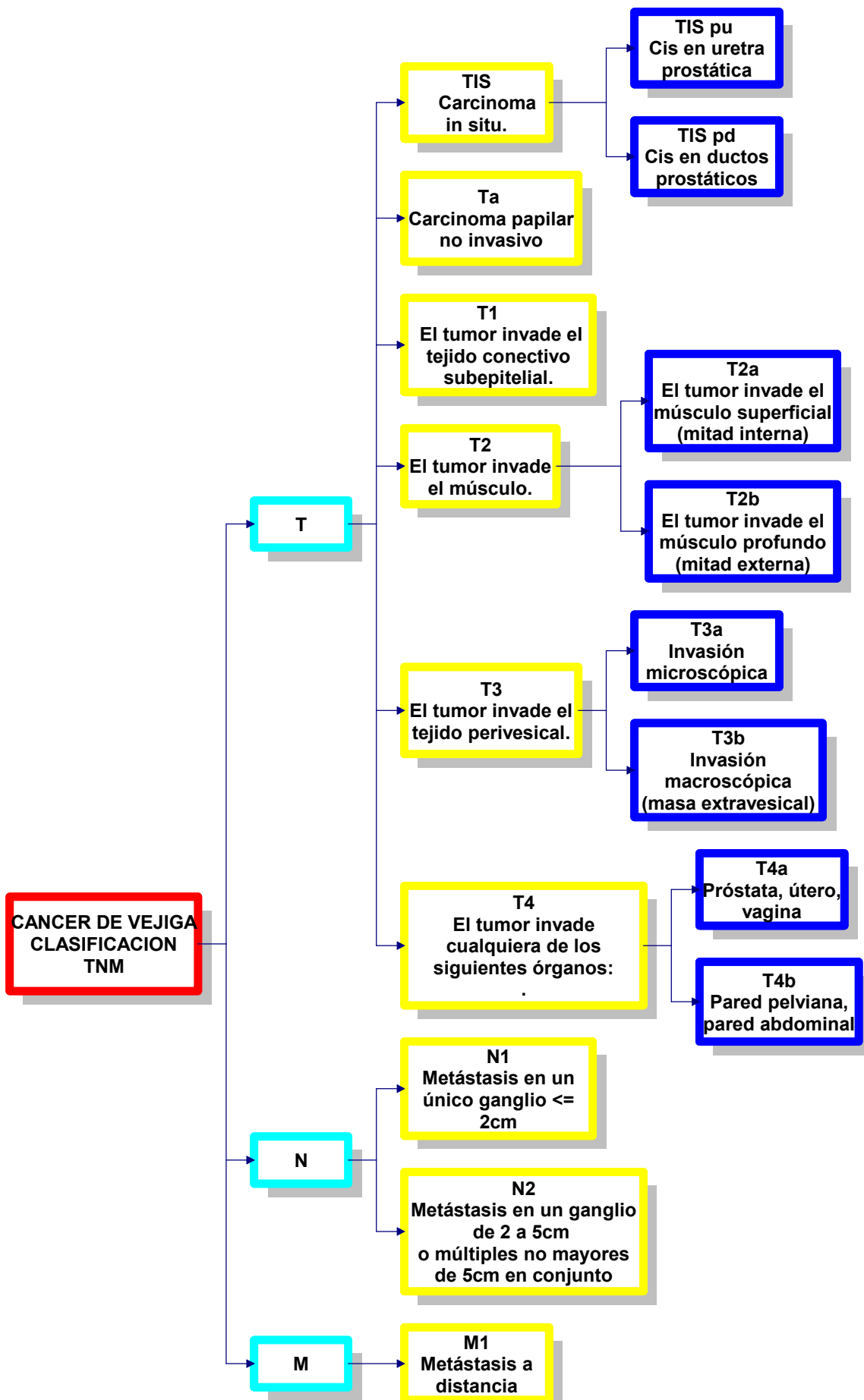
11
CANCER DE VEJIGA
TUMORES SUPERFICIALES
TRATAMIENTO INTRAVESICAL

QUIMIOTERAPIA O INMUNOTERAPIA INTRAVESICAL
 Post resección completa en cáncer superficial de vejiga

Indicación según algoritmo terapéutico

DROGA	DOSIS	FRECUENCIA	CANTIDAD	OBSERVACIONES
BCG	120 mg	Semanal	6	Dosis de inicio
		Mensual.	18	Dosis máxima
MITOMICINA	40 mg	Semanal	6	Dosis de inicio
		Mensual	12	Dosis máxima
ADRIPLASTINA DOXORRUBICINA	50 mg	Semanal	6	Dosis de inicio
		Mensual	12	Dosis máxima
THIO TEPA	60 mg	Semanal	6	Dosis de inicio
		Mensual	12	Dosis máxima

12
CÁNCER DE VEJIGA
CLASIFICACIÓN TNM 1997





Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Vejiga

Asociación Médica Argentina
Federación Argentina de Urología
Sociedad Argentina de Cancerología
Sociedad Argentina de Patología
Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica
Sociedad Argentina de Urología

