

REUNION ANUAL DE RESIDENTES DE UROLOGÍA DE EXTREMADURA



Hospital Universitario de Badajoz

CANCER VESICAL LOCALMENTE AVANZADO Y
METASTASICO

PABLO ANDRES PALACIO V.



- Introducción
- Justificación
- Objetivos
- Diagnostico
- Tratamiento del cáncer localmente avanzado
- Tratamiento del cáncer metastásico
- Factores Moleculares y terapias dirigidas

Cáncer vesical

- El 25% (T2-T4)
- 5 % debut metastásico
- El 4-10% de los tumores catalogados como T1, al menos son T2.
- La ausencia de capa muscular en la pieza reseçada, debería llevarnos a realizar una nueva resección en 2-6 semanas.
- El determinante pronóstico más importante se deriva de la estadificación

Justificación

- El paciente con cáncer vesical localmente avanzado o metastásico es un paciente difícil
- Nos detenemos a evaluar el contexto del paciente



Objetivos

- Tratar de esclarecer las conductas más adecuadas para el tratamiento del cáncer vesical localmente avanzado y metastásico basado en la evidencia actual y las guías clínicas.
- Conocer los factores intrínsecos del paciente que influyen en la respuesta y los efectos adversos de los tratamientos del cáncer vesical.

Manejo integral del paciente con cáncer vesical.

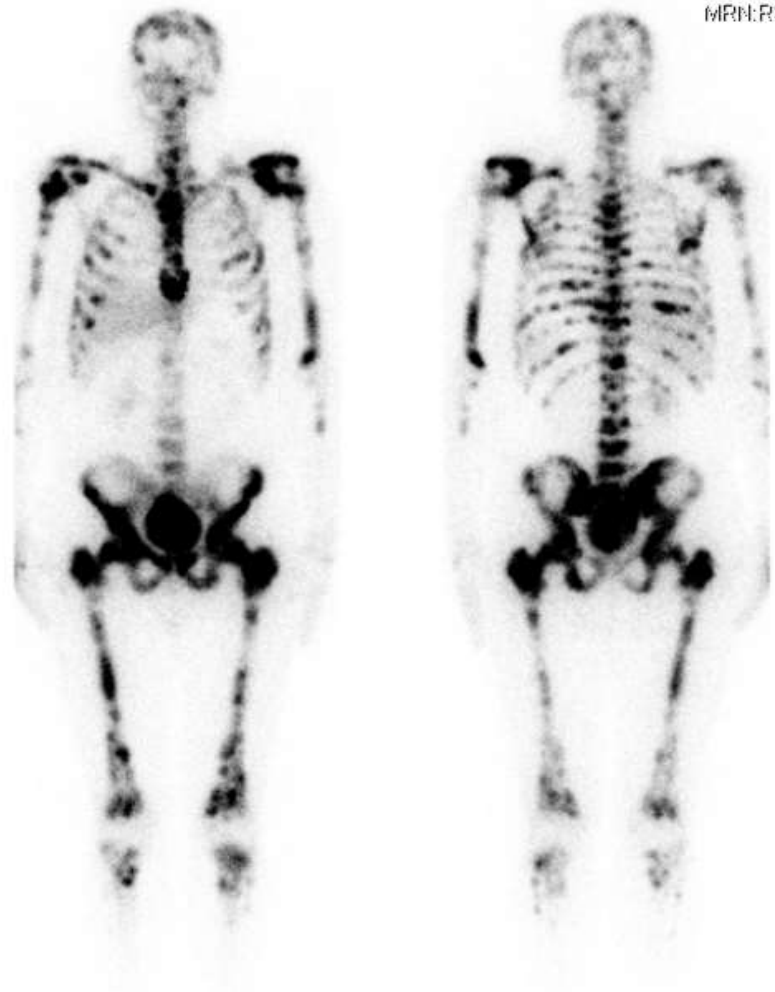
Clínica-Diagnóstico

- 68 años, varón, fumador (1 paquete diario), HTA, dislipemico
- Hematuria intermitente desde hace 2 meses, hematuria franca por lo que acudió a urgencias. Tacto rectal: próstata Volumen: II
- PSA: 2,3
- Ecografía: lesión exofítica vesical de aprox 4 cm.
- Cistoscopia: confirma la lesión en cara lateral izquierda, de aspecto infiltrante
- TAC: lesión que produce rarefacción de la grasa vesical , aumento del tamaño de ganglios (al menos 2) en cadena ilíaca común izquierda de hasta 1,5 cm
- RTU: AP: Tumor musculo infiltrante alto grado con invasión linfovascular

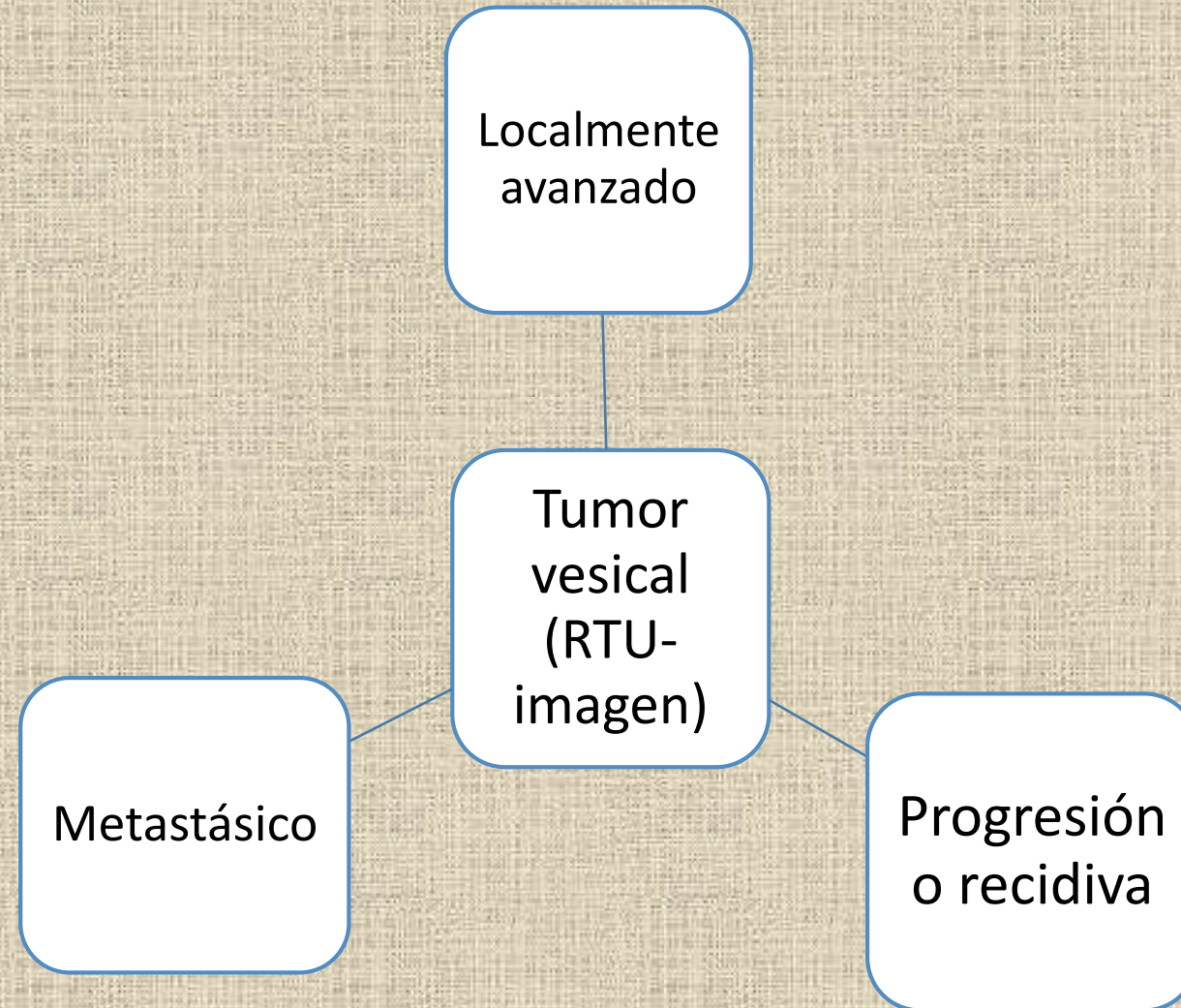
Clínica-Diagnóstico

- Paciente varón de 49 años
- Ex fumador (20-30) ½ paquete diario
- Dolor lumbar de características mecánicas, que empeora con la deambulacion, difícil control analgésico.
- Perdida de peso en los últimos 3 meses
- No disuria ni hematuria, frecuencia miccional nocturna : 2 veces. Retención urinaria hace 1 mes por lo que portó sonda vesical y se inició tratamiento con a- bloqueante.
- Tacto rectal: próstata ,sin nódulos palpables, Volumen II
- PSA :0,94

Study 1
Study
MRN: RSRW



Evaluar el contexto del paciente



Decidir tratamiento:

- Estándar
- Conservación vesical
- QT en monoterapia
- Segunda y tercera línea
- Inmunoterapia
- Cuidados y procedimientos paliativos

Lo que tenemos asumido

- Cistectomía es el tratamiento preferido para el tumor vesical músculo infiltrante (T2-T3, N1- N2)
- La QT neoadyuvante ofrece mejores resultados: supervivencia global
- Terapia combinada (RTU + QT + RT) es una alternativa válida en pacientes que no son aptos para Cistectomía o en aquellos que prefieren conservación vesical.

- En base a qué deberíamos elegir los tratamientos?



Como proceder si:

- Paciente de 78 años , tumor vesical (T2 N2 M1)
- Diabético, Hipertenso, anticoagulado, EPOC
- ECOG 2.

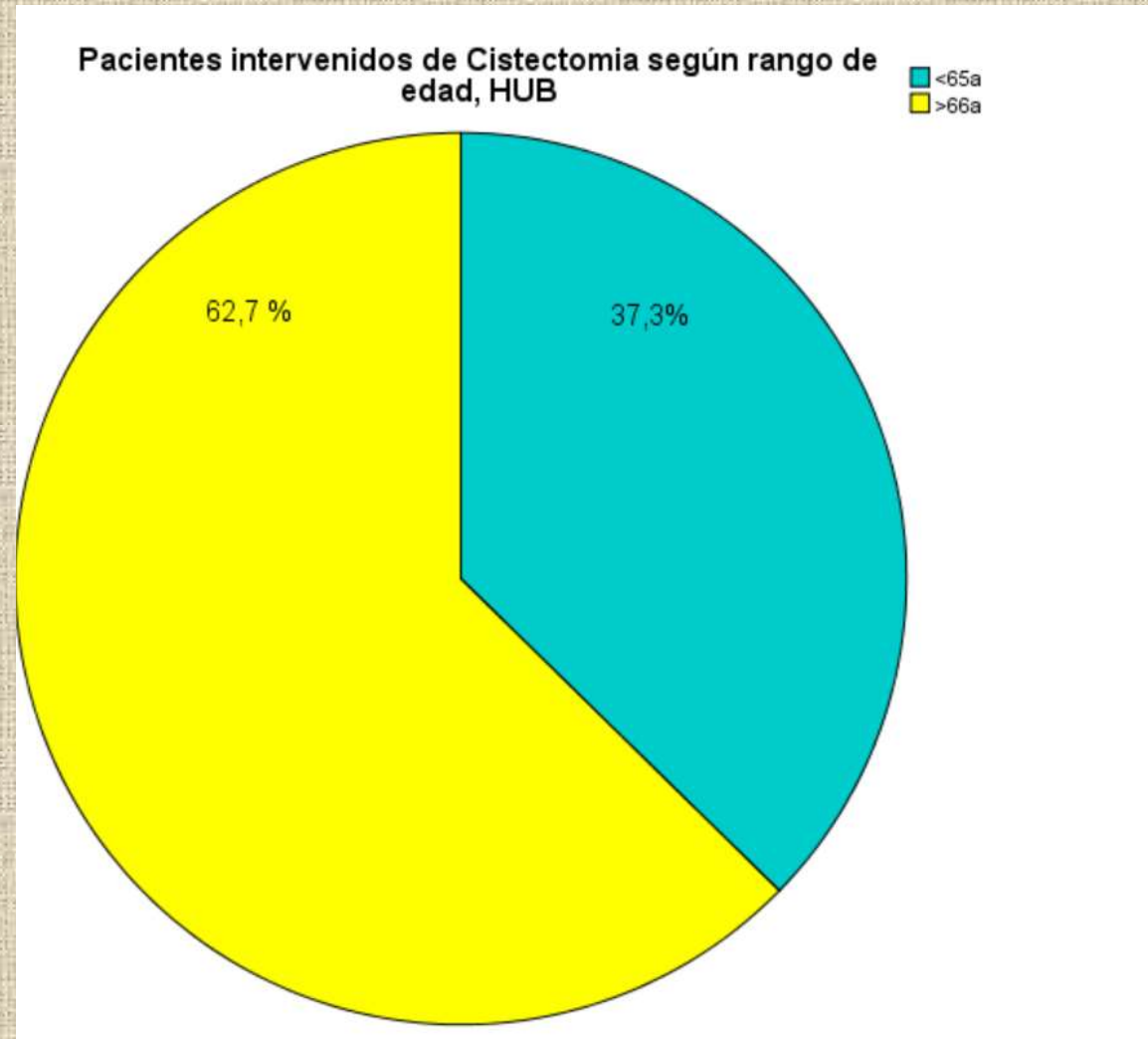
Someter al paciente a un evaluación geriátrica integral!

1. Estado funcional
2. Comorbilidades
3. Problemas cognitivos- memoria
4. Discapacidad auditiva
5. Estado nutricional
6. Historia de caídas

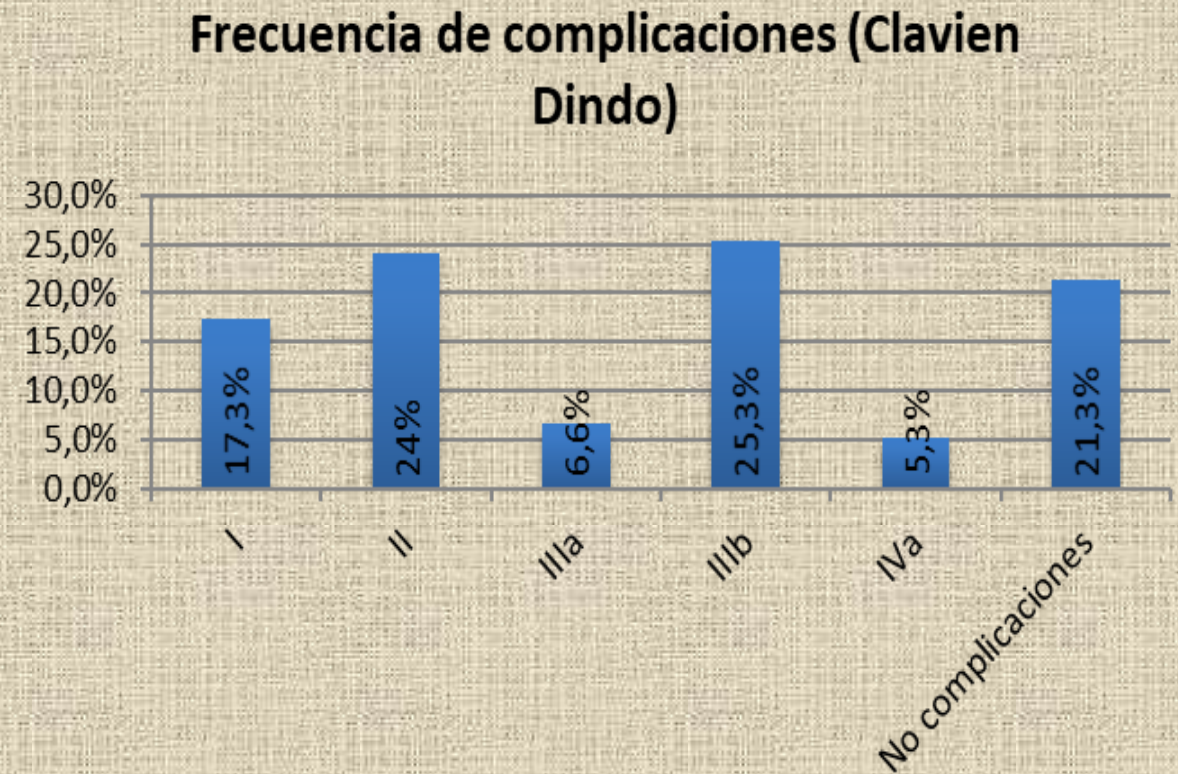
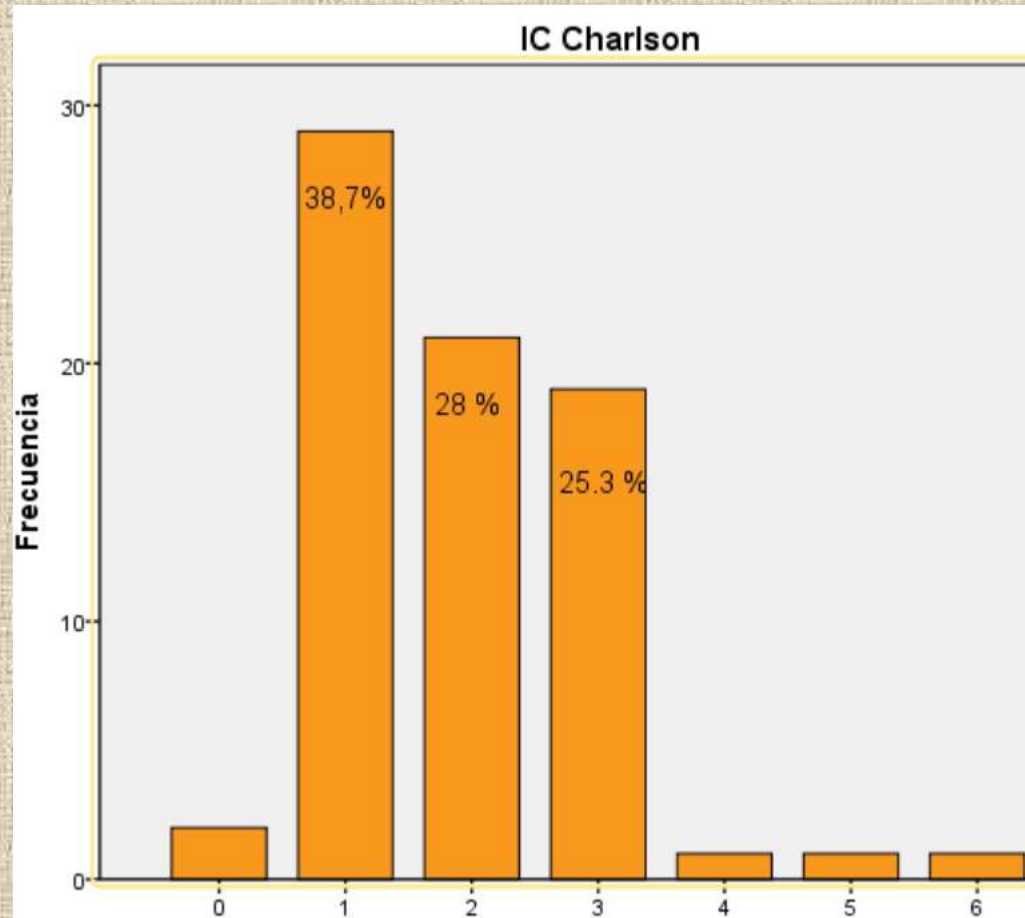
La alteración de estos factores aumenta la mortalidad a 6 meses, la institucionalización posterior al alta y las complicaciones postoperatorias hasta en un 50%

¿Nuestra situación?

HUB: enero2010-diciembre 2018 , la media de edad 66,7 años.



Comorbilidad y complicaciones en pacientes intervenidos de cistectomía H.U.B.



6.2.2. ***Comorbidity scales, anaesthetic risk classification and geriatric assessment***

Estratificar a los pacientes de edad avanzada de acuerdo con su perfil de riesgo-beneficio utilizando un enfoque multidisciplinario ayudará a seleccionar a los pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse de la cirugía radical y a optimizar los resultados del tratamiento [141]. Desafortunadamente, la mayoría de las series que evalúan RC no incluyen índices de comorbilidad en la evaluación del paciente.

Recommendations	Strength rating
Base the decision on bladder-sparing treatment or radical cystectomy in elderly/geriatric patients with invasive bladder cancer on tumour stage and comorbidity.	Strong
Assess comorbidity by a validated score, such as the Charlson Comorbidity Index. The American Society of Anesthesiologists score should not be used in this setting (see Section 7.4.4.1).	Strong

Estrategias

Apto

- Ofrecer tratamiento estándar

Frágil

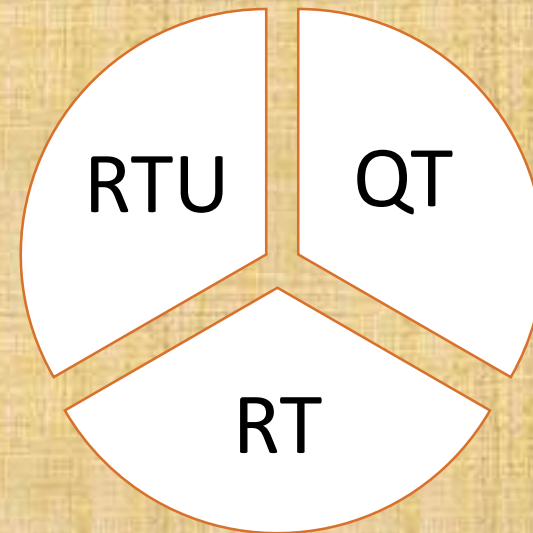
- Valorar riesgo beneficio de RT, QT, cistectomía de manera individual
- Aquellos pacientes con esperanza de vida corta y que prefieren evitar toxicidad deben recibir atención de apoyo y derivación a cuidados paliativos

La combinación entre índice de comorbilidad de Charlson y edad parece predecir con precisión la mortalidad a 90 días y excede la capacidad del ASA

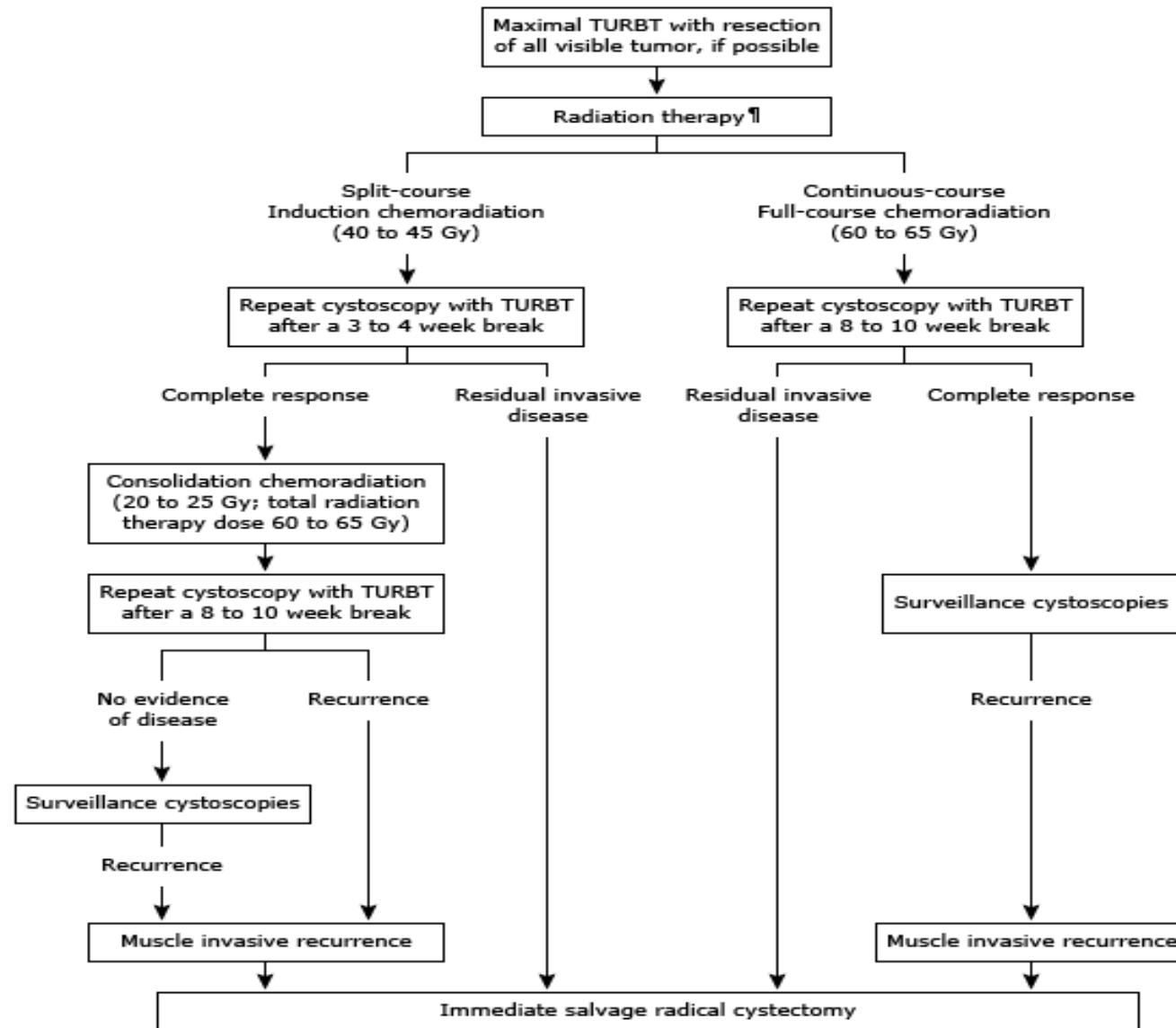
<http://www.samiuc.es/indice-de-comorbilidad-de-charlson-cci/>

Modalidad combinada para preservación vesical

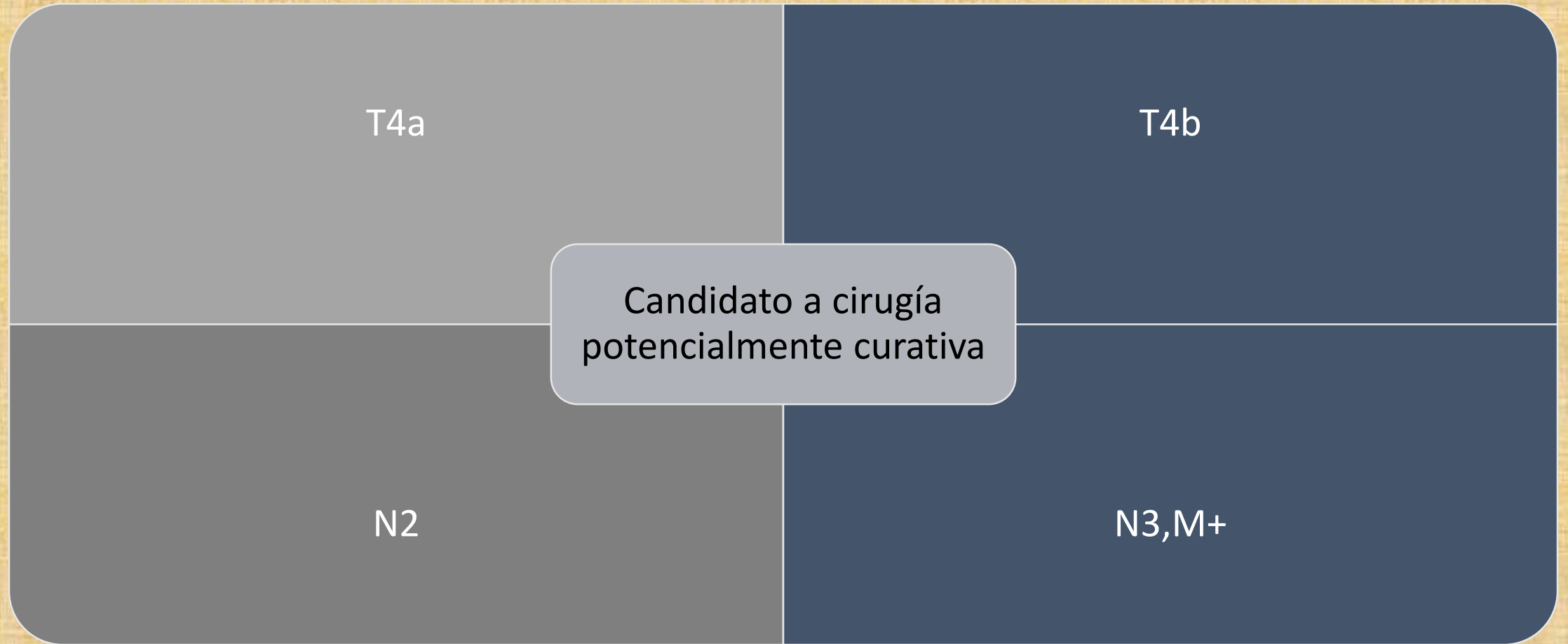
- Aquellos pacientes:
 - No candidatos para cistectomía radical
 - Rechazan la cirugía , la quimio-radiación puede ser una alternativa razonable
- Requieren vigilancia cuidadosa



Combined modality therapy for bladder preservation in patients with muscle invasive bladder cancer*



Cistectomía radical, enfermedad localmente avanzada



Enfermedad metastásica

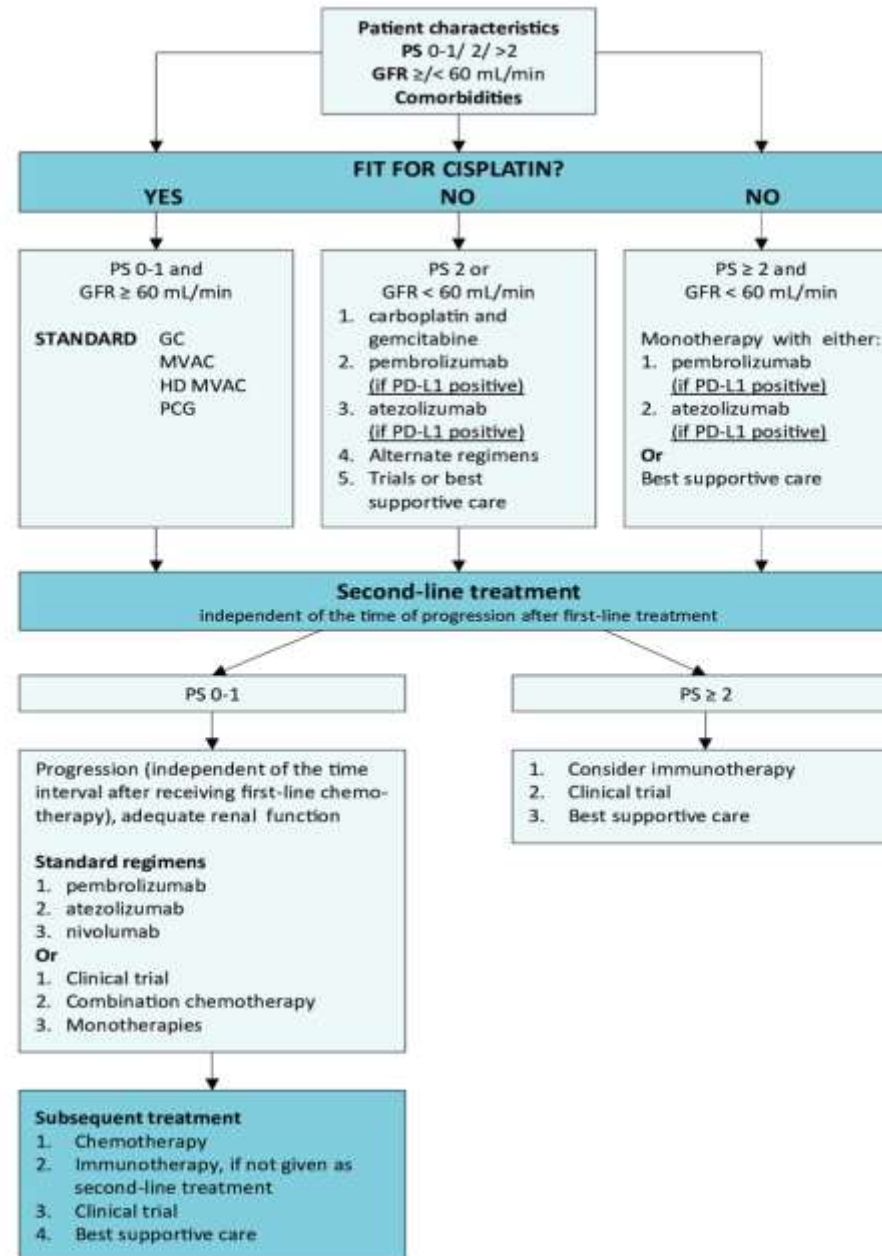
1. QT

1. MVAC
2. HD MVAC + G-CSF
3. Gemcitabina + Cisplatino

2. Inmunoterapia, QT de agente único a pacientes que progresan a terapia de primera línea basada en platino

TENER EN CUENTA OBJETIVOS Y
PREFERENCIAS DEL PACIENTE

EAU



Enfermedad metastásica

1. Pregunta:
Es Apto?

Initial evaluation of patient fitness and comorbidity
Are any of the following present?

- Performance status ≥ 2
- Creatinine clearance < 60 mL/min \uparrow
- Grade ≥ 2 neuropathy
- Significant hearing loss
- Class III heart failure

TABLA 2 Clasificación Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

Grado	ECOG
0	Actividad normal sin restricción ni ayuda
1	Actividad restringida. Deambula
2	Incapacidad para cualquier actividad laboral. Menos del 50% del tiempo encamado

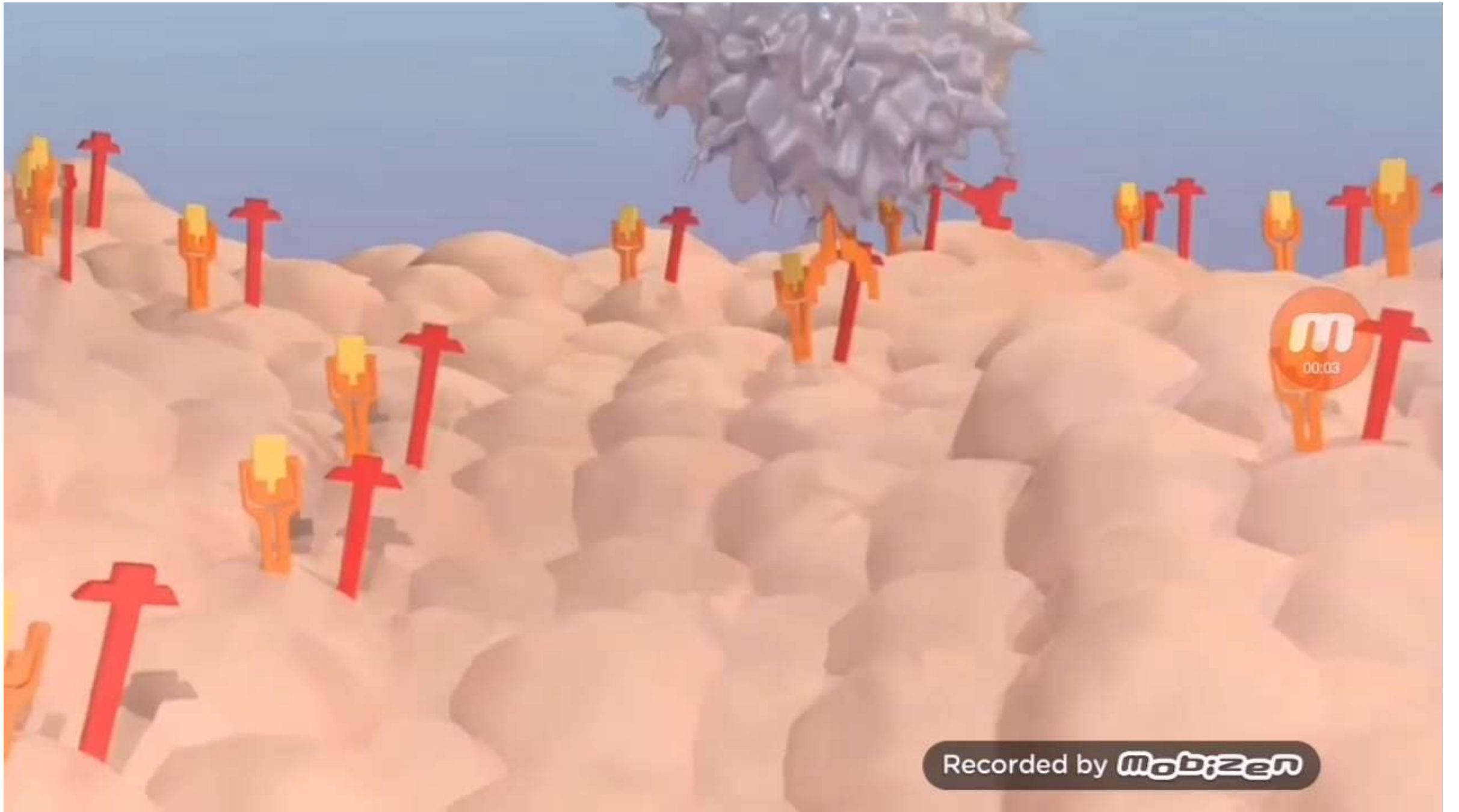
Pacientes unfit para cisplatino

Inmunoterapia
Carboplatino y combinaciones

MVAC
HD MVAC
GC

Inmunoterapia
QT combinada 2 línea
QT agente único

Inmunoterapia
Ensayos Clínicos
Tto soporte



Recorded by **MobiZen**

Tratamiento paliativo

Radioterapia

Hematuria 59% Control del dolor 73%

Cistectomía

RTU
hemostática

Embolizacion arterial (éxito hasta 90%)

Instilaciones : nitrato de plata, alumbre potásico

Conclusiones

- Es necesaria la valoración de los pacientes teniendo en cuenta comorbilidades y estado funcional para tratar de predecir los resultados de las intervenciones
- Basar las decisiones de tratamiento exponiendo las posibilidades y teniendo en cuenta las preferencias del paciente sobretodo en los pacientes con cáncer metastásico.
- Utilizar escalas validadas para el manejo de pacientes geriátricos.
- La terapia paliativa debe considerarse en paciente medicamente frágil con múltiples estados comórbidos .

BIBLIOGRAFIA

- Extermann, M., et al. Comorbidity and functional status are independent in older cancer patients. J Clin Oncol, EAU
- Yair Lotan, Toni K Choueiri. Clinical presentation, diagnosis, and staging of bladder cancer. Up to date 2019
- Graham D. [Raghavan D](#), et all. Overview of the management of bladder cancer in older adults. Up to date 2019
- [Bellmunt J](#). Treatment of metastatic urothelial cancer of the bladder and urinary tract. Up to date 2019.
- Stein, J.P., et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients. J Clin Oncol, 2001. 19: 666.
- Cohen, S.M., et al. The role of perioperative chemotherapy in the treatment of urothelial cancer. Oncologist, 2006. 11: 630.
- European Urology Association, Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer Guidelines 2019. Disponible en: https://uroweb.org/guideline/bladder-cancer-muscle-invasive-and-metastatic/#note_432



GRACIAS