



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,**

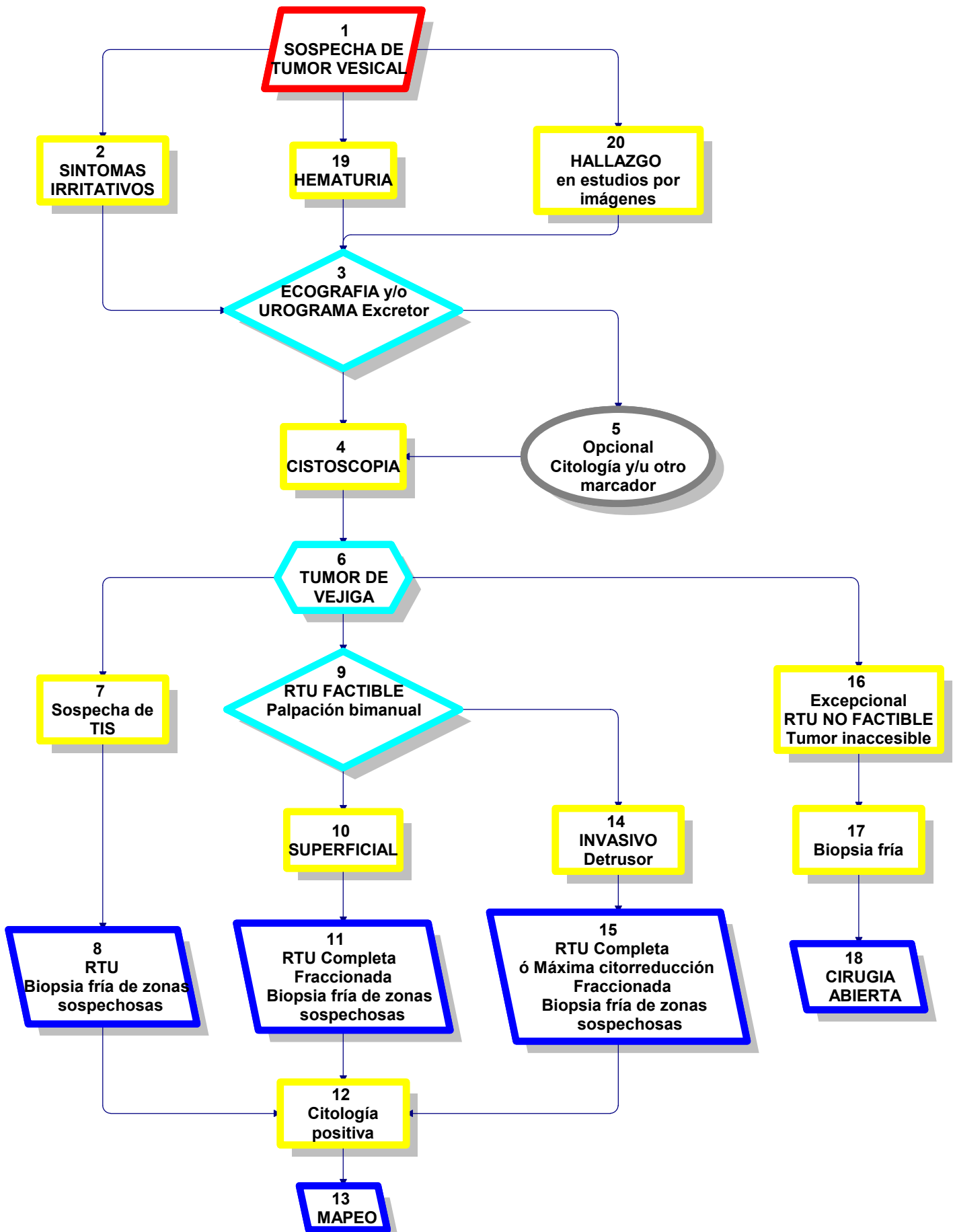
**[13] biopsia por MAPEO.**

**[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

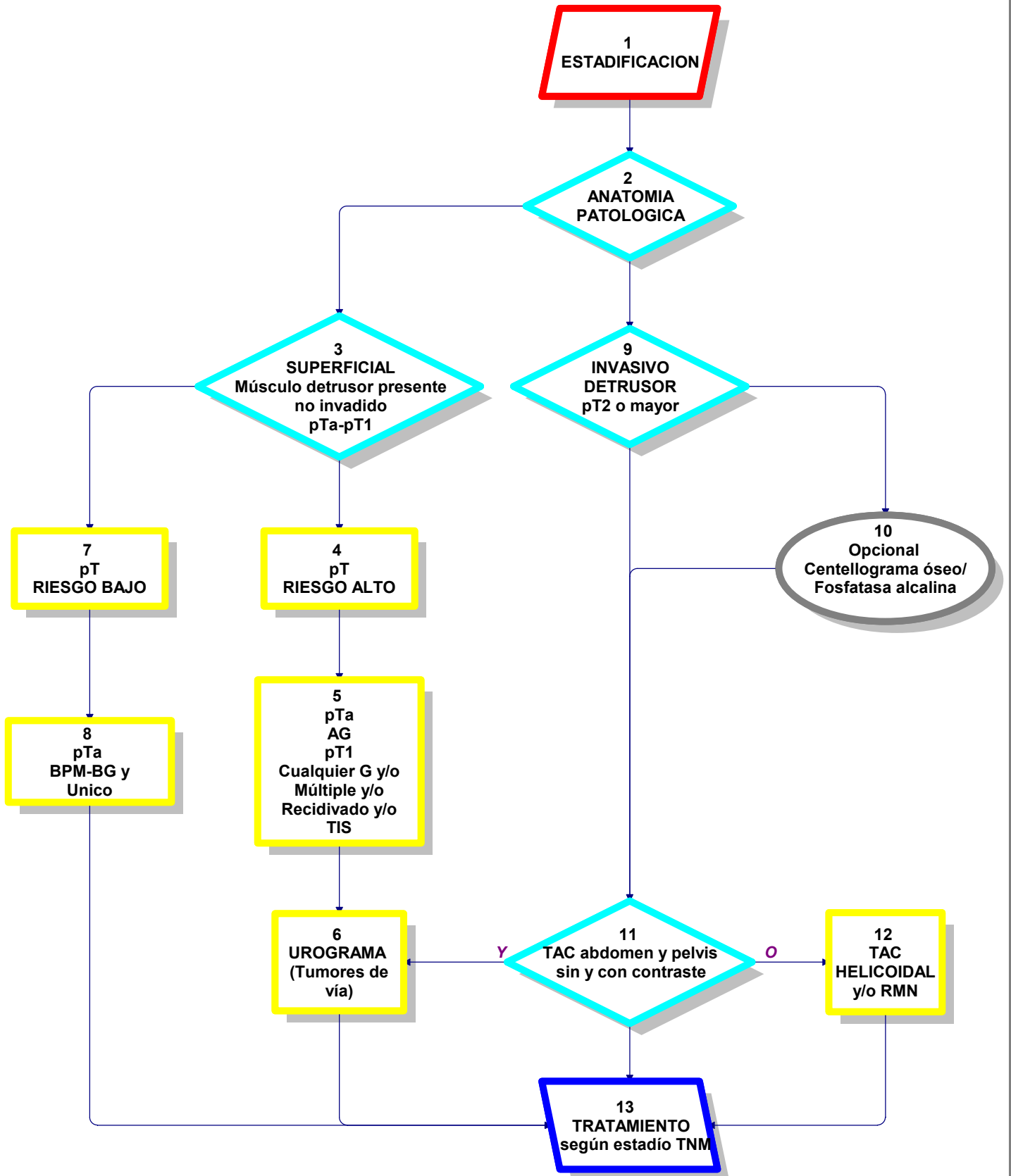
[12] TAC HELICOIDAL de abdomen y pelvis sin y con contraste y/o RMN y

[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 <b>consultar los sitios:</b> <a href="http://www.acamedbai.org.ar">www.acamedbai.org.ar</a> <a href="http://www.ama-med.org.ar">www.ama-med.org.ar</a> <a href="http://www.cancerologia.org.ar">www.cancerologia.org.ar</a> <a href="http://www.fau.com.ar">www.fau.com.ar</a> <a href="http://www.sap.com.ar/in.asp">www.sap.com.ar/in.asp</a> <a href="http://www.sau-net.org">www.sau-net.org</a> 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

1  
PATOLOGIA  
(RTU y BIOPSIA  
fría)

2  
TIS

3  
BCG

4  
CONTROL

5  
CISTOSCOPIA y Citología  
Cada 3 meses 1 año  
Cada 4 el 2º año  
Cada 6 el 3º  
Luego cada año

6  
Opcional  
Otros marcadores  
cada 6 meses

19  
NO

7  
Sospecha de  
RECIDIVA

8  
SI

9  
RTU  
BIOPSIA fría de zonas  
sospechosas

10  
Citología positiva  
MAPEO

11  
RECIDIVA TIS  
NO INVASIVO

16  
RECIDIVA TIS  
PROGRESION A  
INVASIVO  
DETRUSOR

17  
RECIDIVA  
SUPERFICIAL

15  
Recicla BCG

12  
Primera  
recidiva

13  
Segunda  
recidiva

14  
CISTECTOMIA

18  
TRATAMIENTO  
de los tumores  
superficiales

**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,

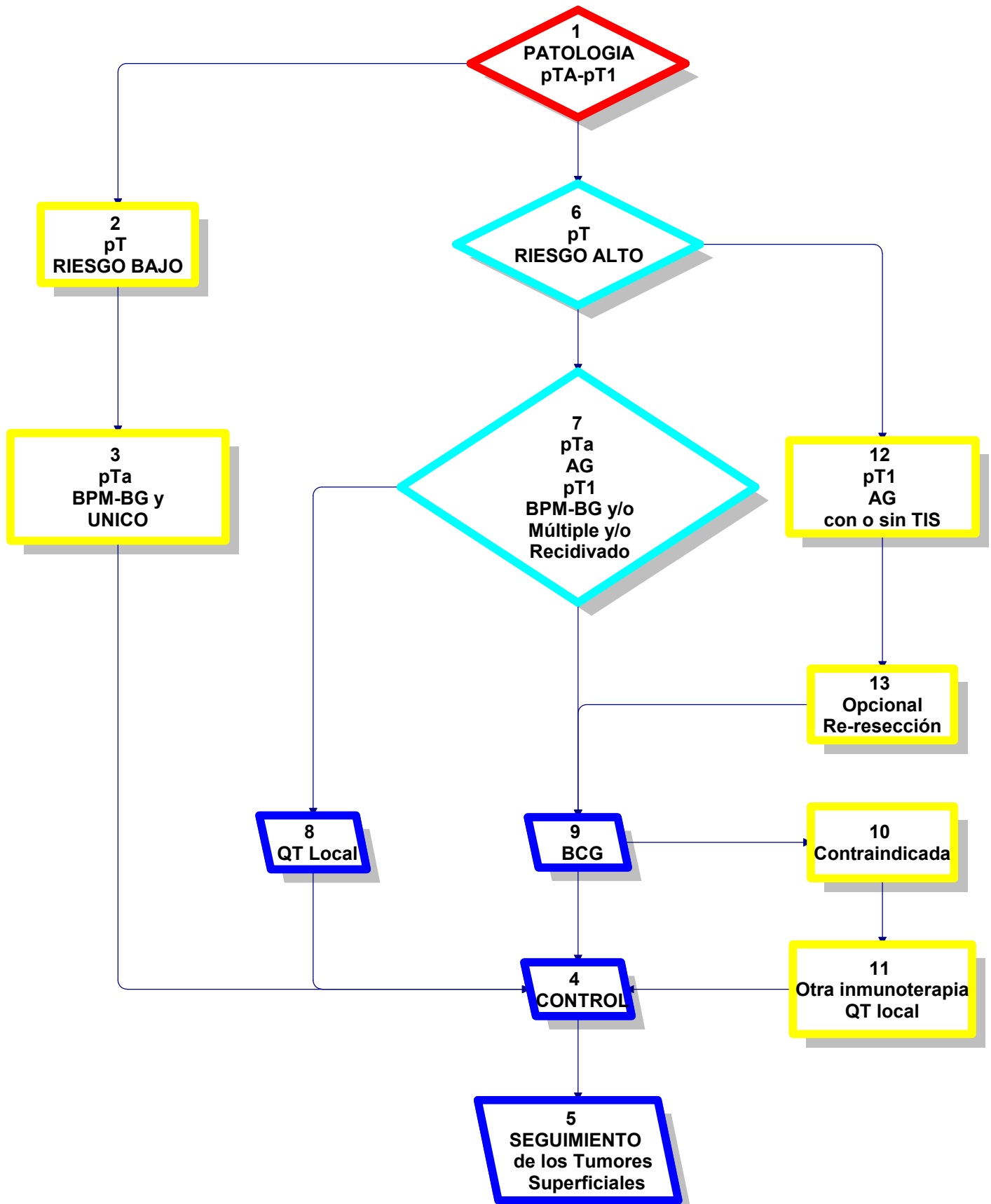
[11] OTRA INMUNOTERAPIA o QUIMIOTERAPIA local,

[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,

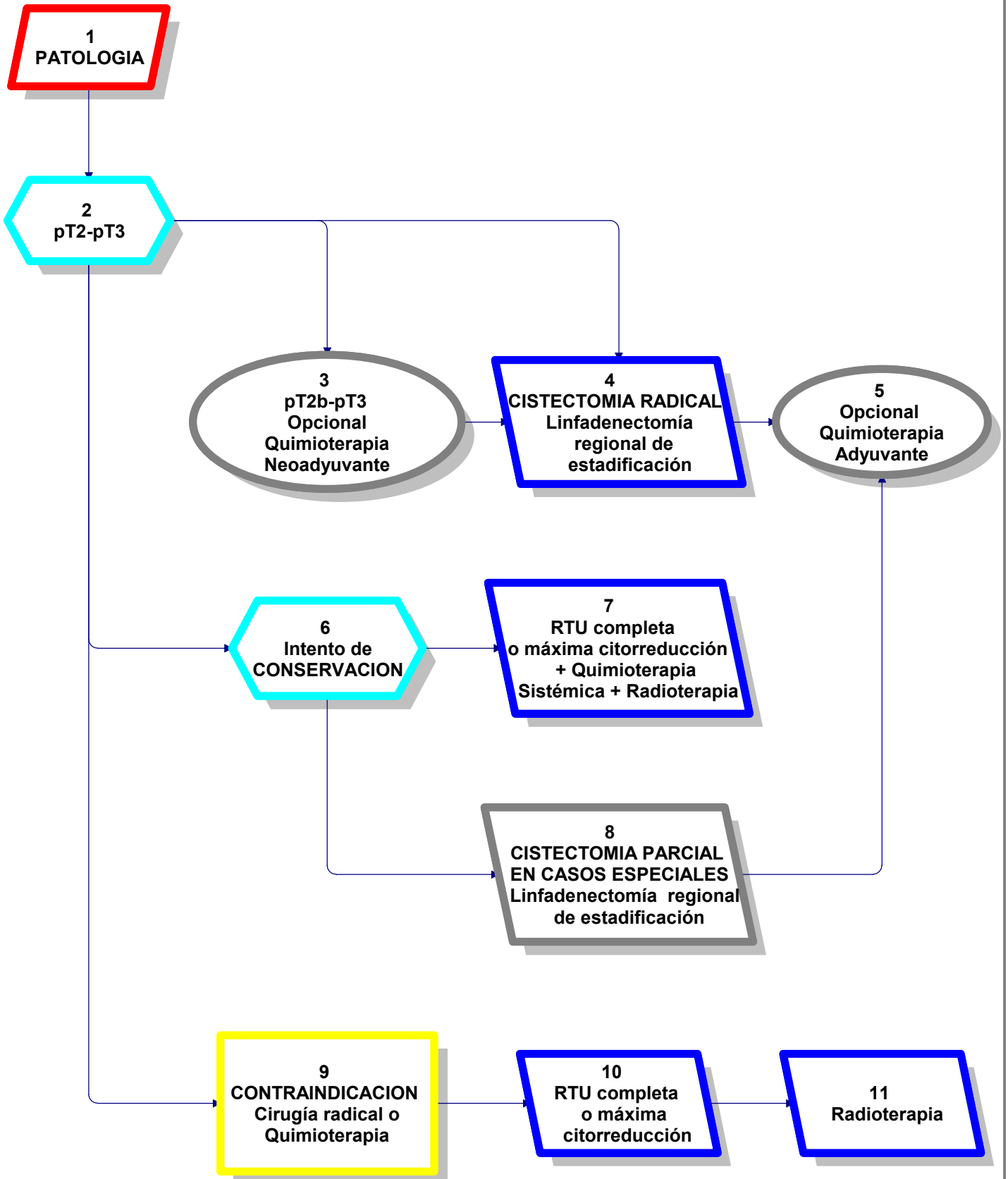
[5] con o sin QUIMIOTERAPIA sistémica adyuvante.

[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 estado pT2-pT3 [algoritmo 5, cuadro 7], se opta por la CONSERVACION VESICAL MEDIANTE EL TRATAMIENTO TRIMODAL,**

***[1] luego de la RTU COMPLETA,***

*[3] se realizará RADIOTERAPIA 4.500 cGy más QUIMIOTERAPIA,*

*[2] con o sin QUIMIOTERAPIA PREVIA*

*[4] Se evalúa la RESPUESTA y*

*[5] Si la RESPUESTA es COMPLETA,*

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

*[7] si la RESPUESTA fuera INCOMPLETA y*

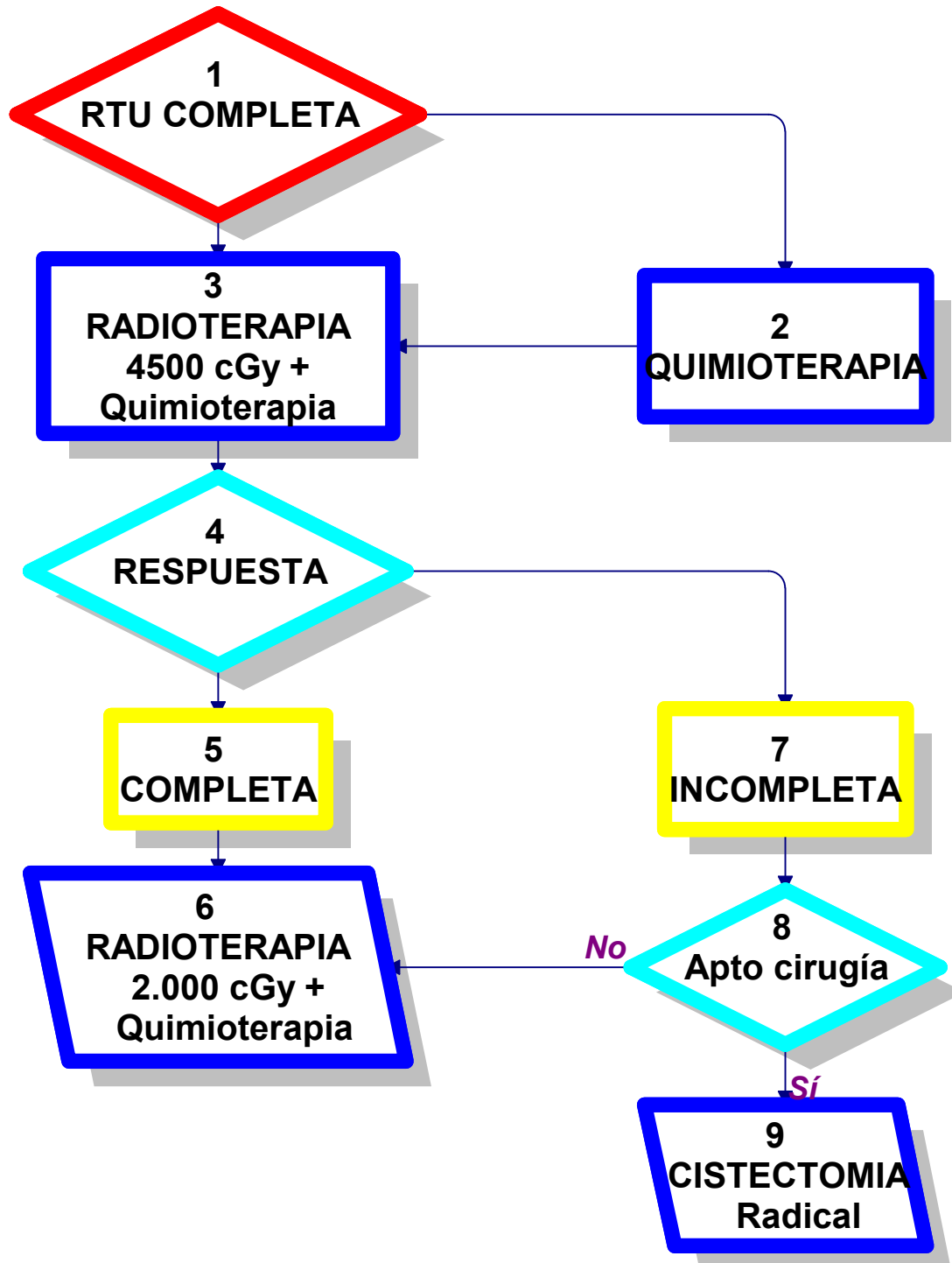
*[8] el paciente APTO para cirugía,*

*[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.*

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.

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

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

[9] con o sin CISTECTOMIA PALIATIVA.

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

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

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

[13] podrá realizarse RADIOTERAPIA

[9] con o sin CISTECTOMIA PALIATIVA.

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

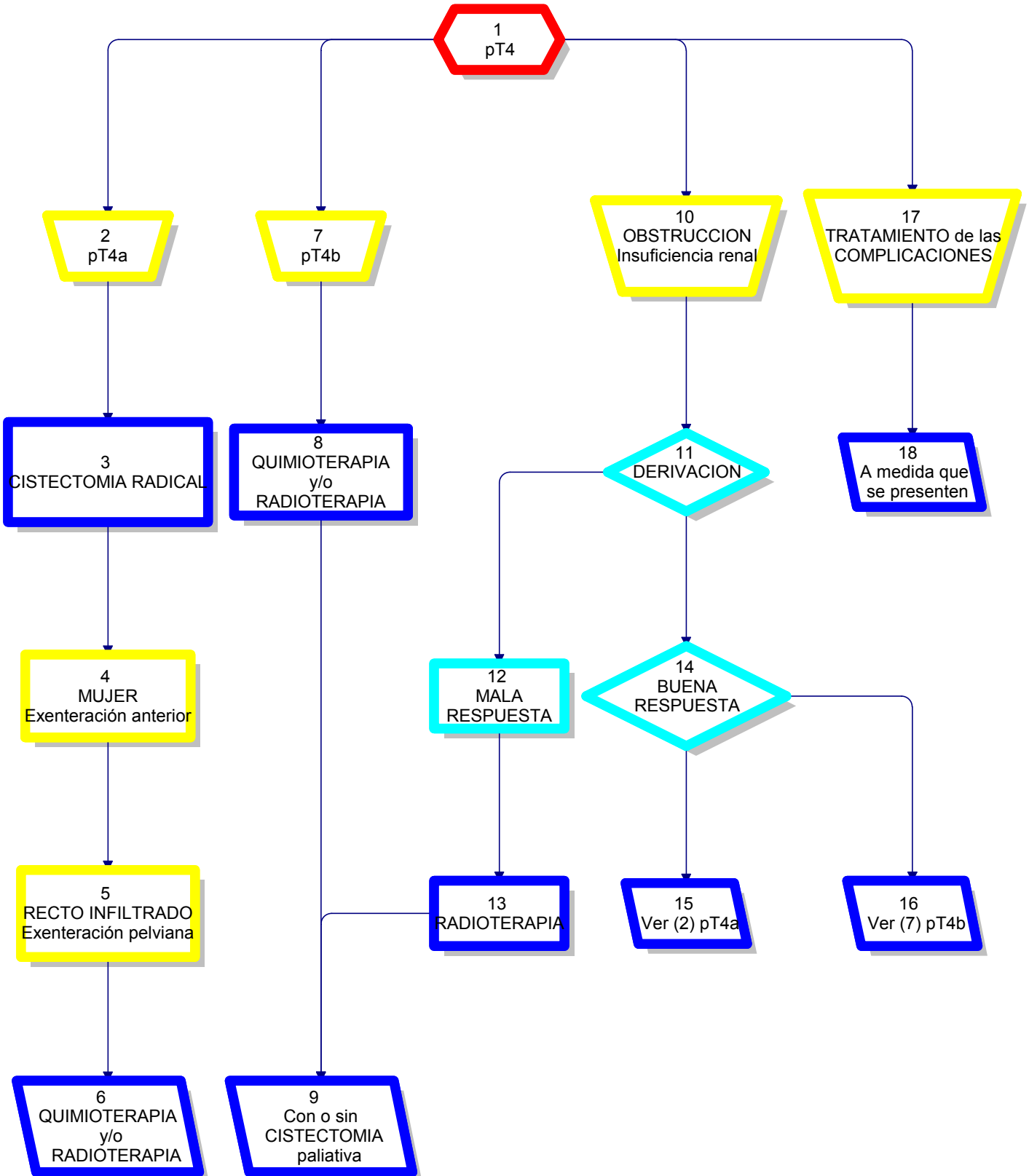
[15] Ver [2] pT4a

[16] Ver [7] pT4b

*[17] Simultáneamente se tratarán las COMPLICACIONES*

[18] a medida que se presenten.

**07**  
**CANCER DE VEJIGA**  
**TRATAMIENTO**  
**pT4**



**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*

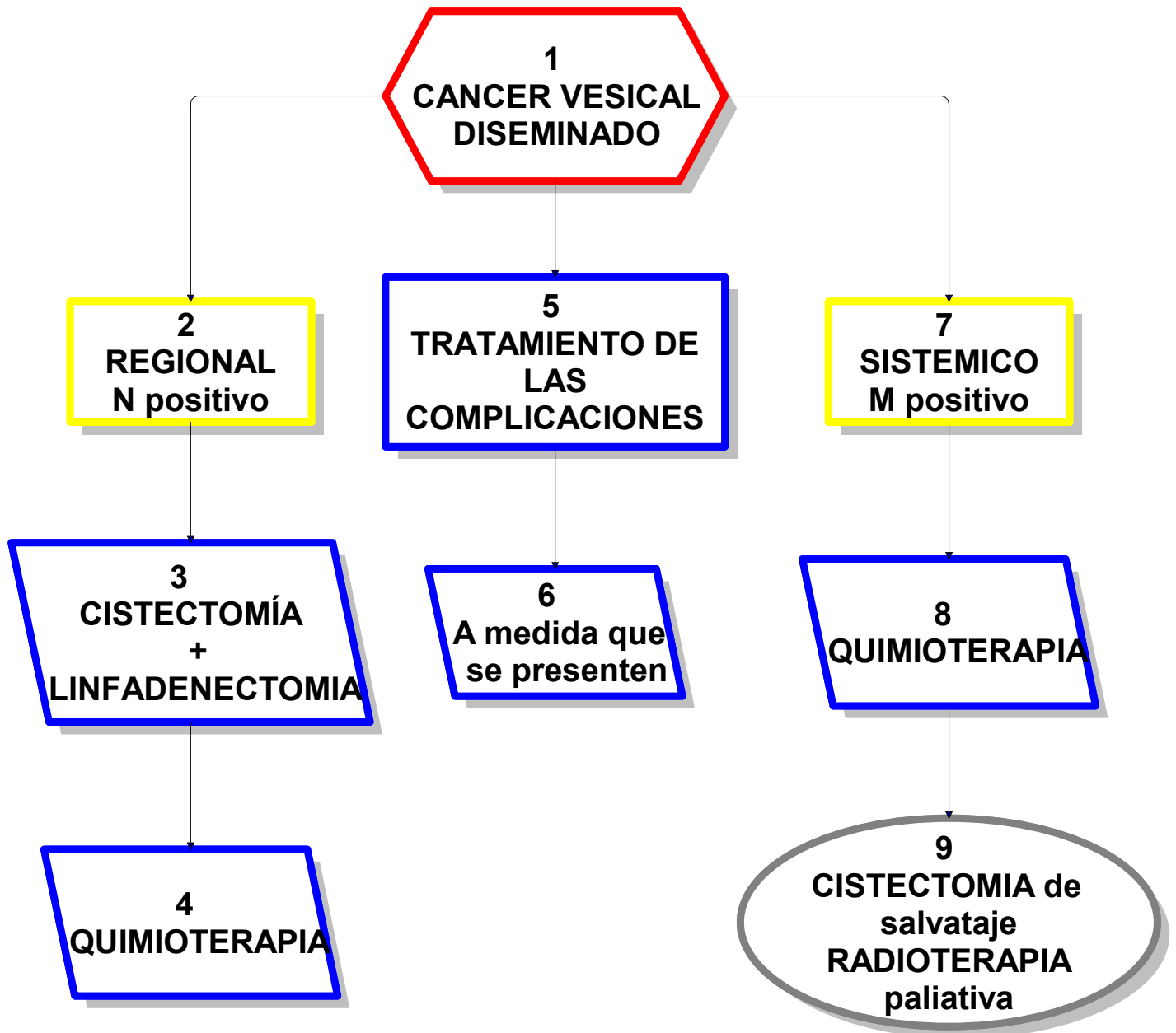
*[9] eventualmente CISTECTOMIA de salvataje o RADIOTERAPIA paliativa.*

**[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,

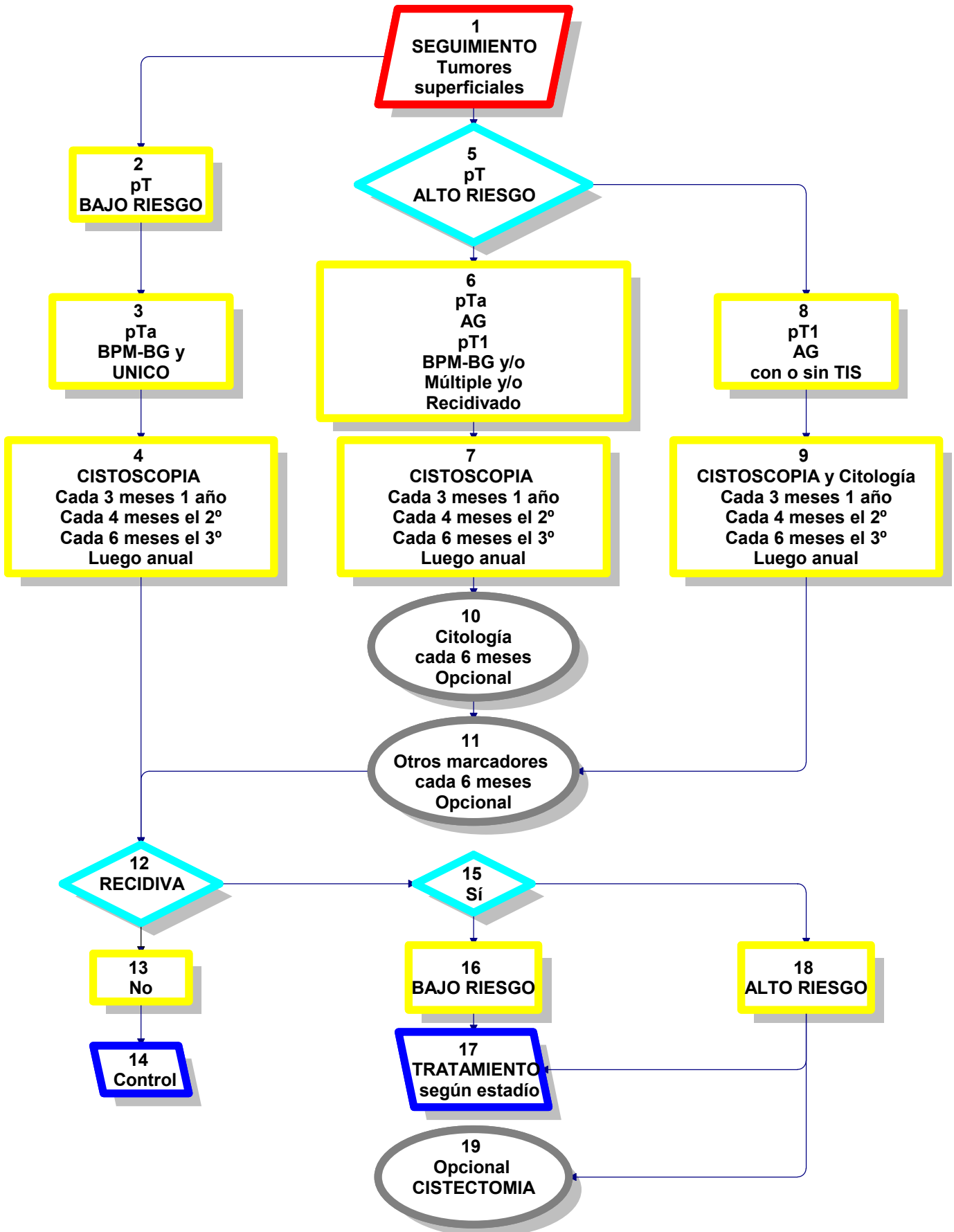
[17] se realizará TRATAMIENTO SEGUN ESTADIO.

[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-pT4**

**[1] SEGUIMIENTO de los tumores invasivos:**

**[2] En los pT2-pT3,**

*[3] En los que se intentó la CONSERVACION VESICAL,*

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

[5] radiografía de TORAX y TAC de abdomen y pelvis sin y con contraste y/o RMN cada 6 meses durante 2 años y luego anualmente.

[6] Si hay RECIDIVA,

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

[8] Si la recidiva es SUPERFICIAL,

[9] se realiza TRATAMIENTO de los TUMORES SUPERFICIALES.

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

[11] se indica CISTECTOMIA.

[6] Si NO HAY RECIDIVA,

[12] el paciente sigue en CONTROL.

*[13] DESPUES DE LA CISTECTOMIA radical,*

[14] 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

[15] opcionalmente, CENTELLOGRAMA óseo.

**[16] En los pT4a,**

*[13] en los cuales SE EFECTUO LA CISTECTOMIA,*

[14] se realizará radiografía de TORAX y TAC de abdomen y pelvis sin y con contraste y/o RMN cada 6 meses durante 2 años y luego anualmente y

[15] opcionalmente, CENTELLOGRAMA óseo.

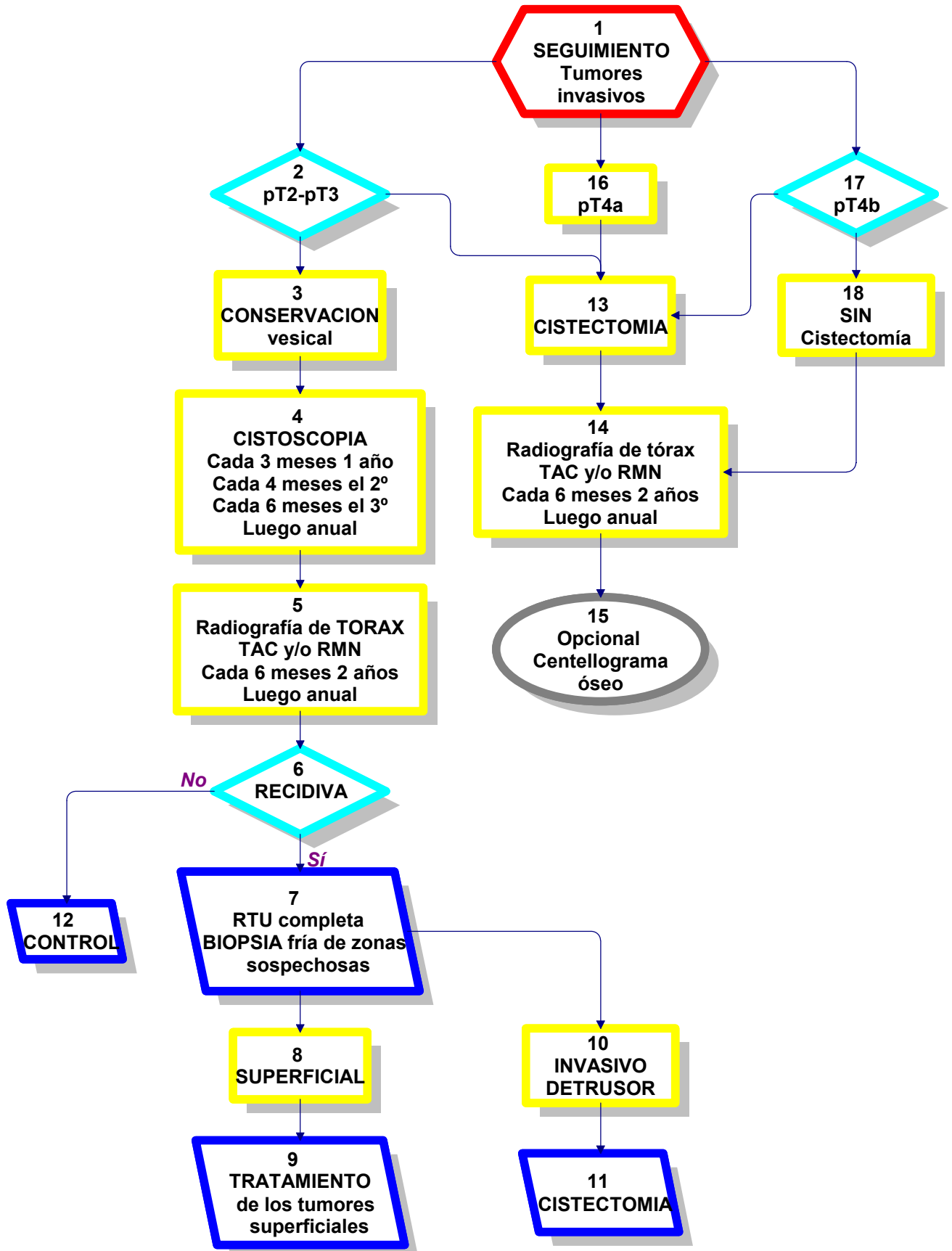
**[17] En los pT4b,**

*[18] en los cuales NO SE EFECTUO LA CISTECTOMIA,*

[14] 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

[15] opcionalmente, CENTELLOGRAMA óseo.

10  
CANCER DE VEJIGA  
SEGUIMIENTO  
Tumores invasivos del músculo detrusor  
pT2-pT3-pT4



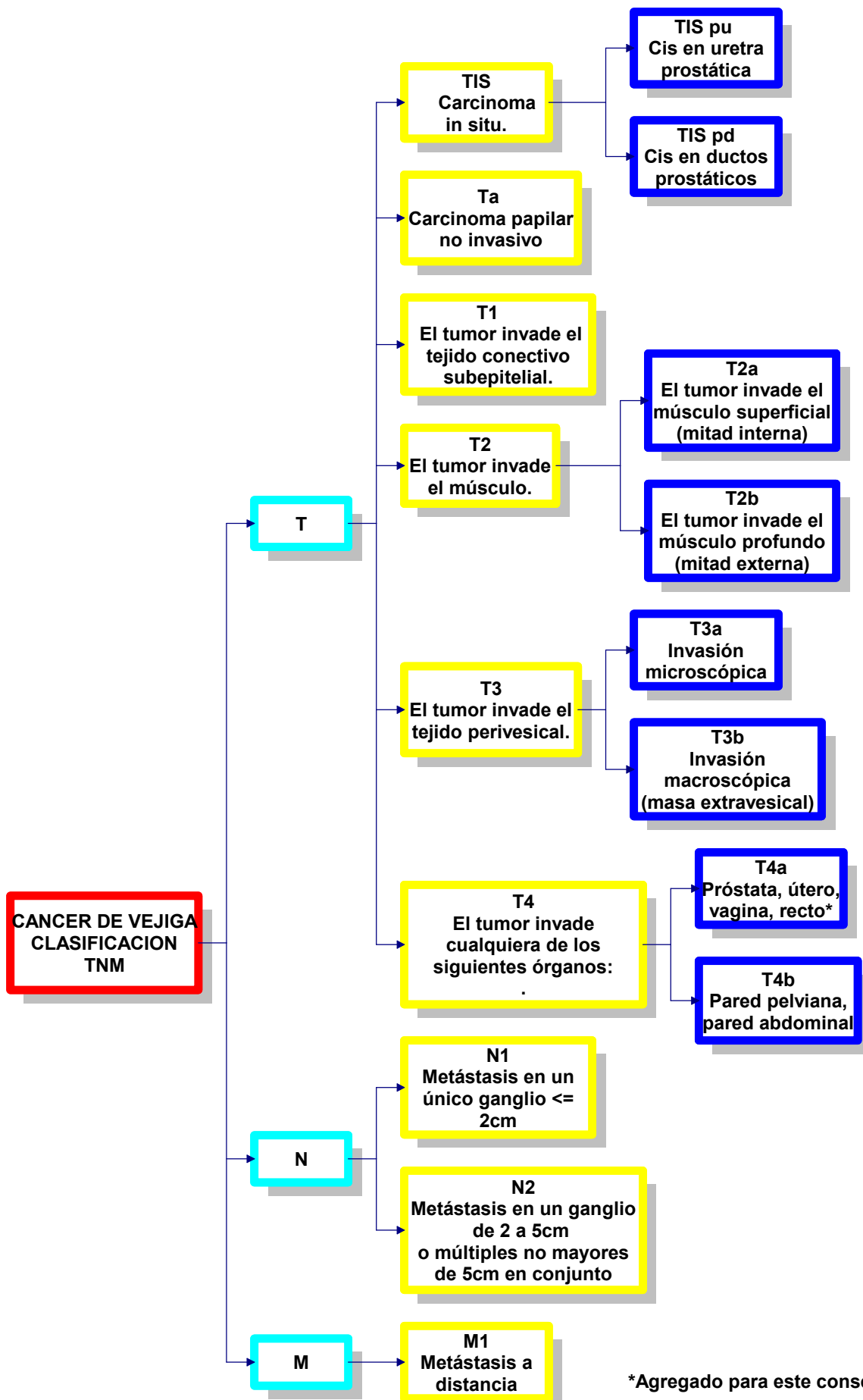
11  
**CANCER DE VEJIGA**  
**TUMORES SUPERFICIALES**  
**TRATAMIENTO INTRAVESICAL**

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

Indicación según algoritmo terapéutico

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

12  
CÁNCER DE VEJIGA  
CLASIFICACIÓN TNM 1997 (Modificado)



\*Agregado para este consenso



# 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

---

