

En España es el quinto tumor más frecuente en ambos sexos

La principal causa conocida del cáncer de vejiga es el tabaco

- Más de 60 productos carcinógenos contenidos en los cigarrillos son absorbidos y eliminados por la orina afectando en gran medida a las células de la pared de nuestra vía urinaria
- La mayoría de estos tumores se diagnostican en fases precoces de desarrollo y se pueden curar con cirugías más o menos extensas

Madrid, 5 de julio de 2016 - La SEOM inició en febrero de 2013 una campaña de comunicación bajo el lema: EN ONCOLOGÍA, CADA AVANCE SE ESCRIBE CON MAYÚSCULAS. Mensualmente la Sociedad emite notas de prensa con la evolución y los avances que han supuesto los principales tumores. Para el mes de julio destacamos a continuación los avances más importantes en **Cáncer de Vejiga**.

El cáncer de vejiga es un tumor mucho más frecuente de lo que a veces nos transmiten las estadísticas o los medios de comunicación. Ocupa el noveno lugar en cuanto al número de diagnósticos de cáncer a nivel mundial. Sin embargo en España se posiciona en el quinto tumor más frecuente en ambos sexos. La media de edad al diagnóstico se encuentra en torno a los 70 años. Curiosamente existen diferencias geográficas marcadas, siendo los tumores de la vía urinaria mucho más frecuentes en el oeste europeo (incluida España) y América del Norte, que en Asia o Europa del este.

La mayoría de estos tumores se diagnostican en fases precoces de desarrollo y se pueden curar con cirugías más o menos extensas. Sin embargo, cuando el tumor está más avanzado, la curación puede ser difícil y los objetivos del tratamiento cambian hacia prolongarla supervivencia y mejorar la calidad de vida del enfermo.

Causas y factores de riesgo

La principal causa conocida del cáncer de vejiga es el tabaco, al que se atribuyen más del 40% de todos los casos diagnosticados. El tabaco no sólo afecta nuestra vía respiratoria a través del humo. Más de 60 productos carcinógenos contenidos en los cigarrillos son absorbidos y eliminados por la orina afectando en gran medida a las células de la pared de nuestra vía urinaria.

Algunos estudios defienden la relación entre la infección por HPV (virus del papiloma humano) y el cáncer de vejiga. Se estima que hasta un 17% de estos tumores podrían deberse en parte al hecho de ser portador de serotipos del HPV de alto riesgo.

Existen otros factores de riesgo, pero la mayoría de ellos no son habituales en nuestro medio. Entre estos factores se incluye la exposición a algunas sustancias

químicas de uso industrial (ciertos metales, tintes y gomas); la exposición a un fármaco llamado ciclofosfamida, que es un tipo de quimioterapia; o la esquistosomiasis, una infección producida por un parásito que suele encontrarse en África y ciertas regiones de América Latina.

No se ha demostrado de forma clara que la presencia de antecedentes familiares de cáncer de vejiga aumente el riesgo de desarrollar la enfermedad en otros miembros de la misma familia, aunque el diagnóstico en pacientes menores de 60 años debería considerarse con especial atención.

Tratamiento

La resección de la vejiga con linfadenectomía pélvica (**cistectomía**) es potencialmente curable para los pacientes con cáncer de vejiga músculo invasivo. Esta cirugía supone una operación mayor asociada con un período importante para la recuperación. La supervivencia a los 5 años asociada a cistectomía es alrededor del 60%.

La **neoadyuvancia** basada en combinaciones con cisplatino mejora la supervivencia. Se recomienda a los pacientes elegibles para recibir quimioterapia basada en cisplatino con estadios T2-T4a, cN0M0. La neoadyuvancia no parece afectar a la comorbilidad de la cirugía. Pacientes con respuesta completa a la neoadyuvancia (pT0N0) tiene un impacto muy positivo en la supervivencia. Dos ensayos clínicos y un meta análisis han demostrado que la neoadyuvancia basada en combinaciones de cisplatino conduce a un aumento de la supervivencia en paciente con cáncer de vejiga músculo invasivo. El estudio del Southwestern Oncology Group (SWOG) 8710 comparó 3 ciclos de metotrexato, vinblastina, doxorubicina y cisplatino (MVAC) seguido de cistectomía con solo cistectomía demostrando un beneficio para la neoadyuvancia de 77 meses versus 46 meses con solo cirugía.

El tratamiento adyuvante basado en cisplatino puede ser ofrecido a pacientes que no han recibido neoadyuvancia y presentan con pT3/4 y/o afectación ganglionar. En un meta-análisis publicado en 2013, la adyuvancia basada en cisplatino reduce el riesgo relativo de mortalidad en un 23% y la supervivencia libre de enfermedad en un 34%.

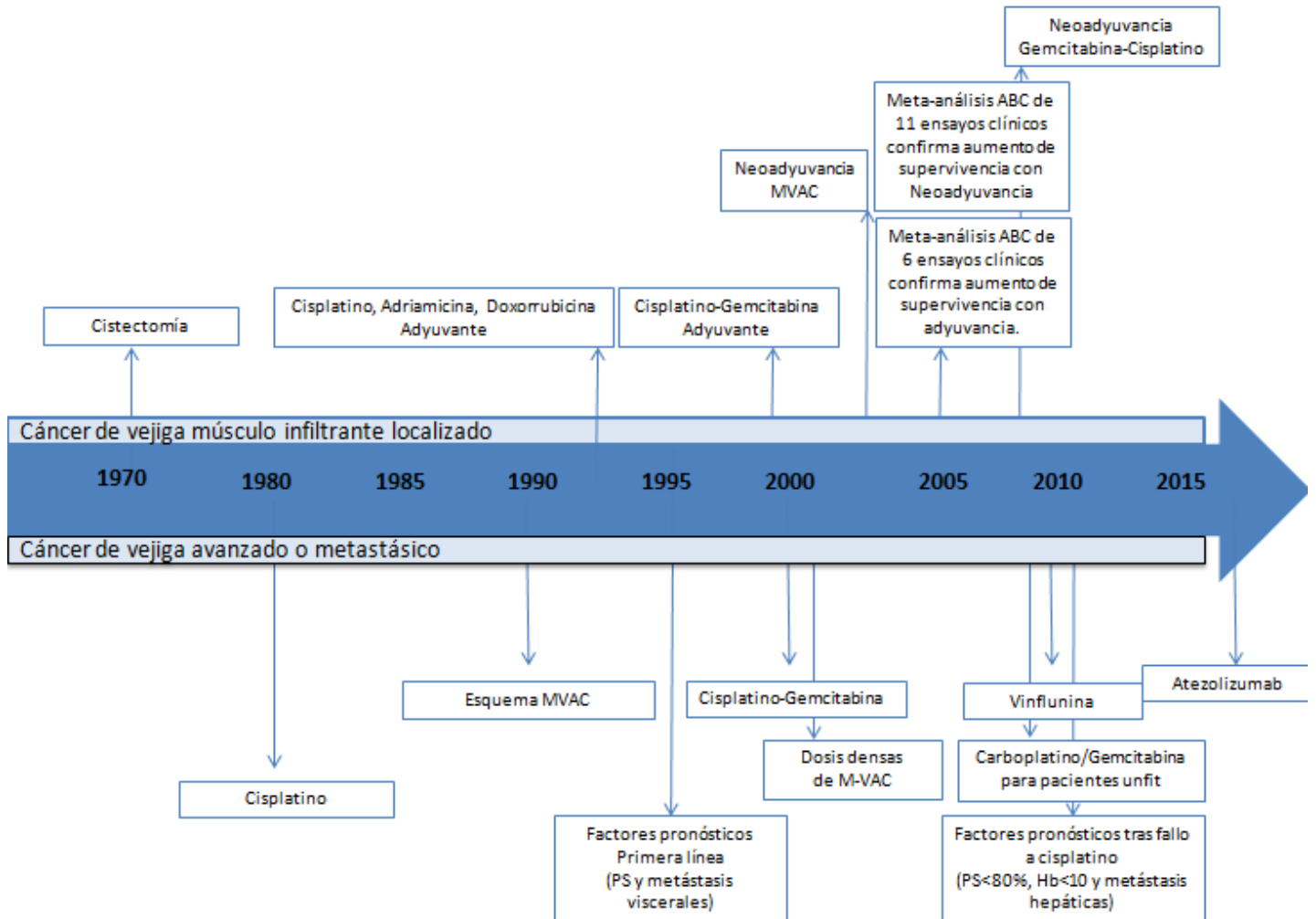
En la **enfermedad metastásica** el desarrollo de fármacos activos en cáncer de vejiga avanzado ha sido claramente inferior comparado con otros tumores. Muchas razones han influido en el lento desarrollo como la escasez de recursos o complejidad de la biología tumoral.

- MVAC y gemcitabina/cisplatino (GC) aumentan la supervivencia hasta 14.8 y 13.8 meses respectivamente, comparado con monoterapia y otras combinaciones. Como el régimen de gemcitabina/cisplatino tiene mejor tolerancia es el Gold estándar en primera línea de enfermedad metastásica.

- Hasta el 50% de los pacientes con enfermedad metastásica no son elegibles para cisplatino (pacientes “unfit”). Una de las razones es la edad de diagnóstico de los pacientes, a menudo muy avanzado por lo que frecuentemente los pacientes asocian comorbilidades. En estos pacientes la sustitución del cisplatino por el carboplatino ha demostrado un beneficio clínico.
- En segunda línea de tratamiento, vinflunina representa la mayor evidencia reportada con un beneficio en supervivencia en la población elegible.
- En mayo de 2016, la FDA aprobó atezolizumab para tratar el carcinoma urotelial. Este es el primer fármaco de su clase (inhibidores de PD-1 / PD-L1) aprobado para tratar el cáncer de vejiga. Atezolizumab se dirige a PD-1 / PD-L1 (proteínas que se encuentran en las células inmunes del cuerpo y algunas células tumorales). Está aprobado en Estados Unidos para el tratamiento de pacientes con carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico cuya enfermedad ha empeorado durante o después de la quimioterapia basada en platino, o dentro de los 12 meses de recibir quimioterapia con platino, ya sea antes (neoadyuvante) o después (adyuvante) del tratamiento quirúrgico.

Todos estos fármacos han podido ver la luz gracias a la realización de ensayos clínicos en múltiples centros del mundo, y a la generosa participación de los pacientes en ellos. En estos avances, ha habido una participación muy significativa de centros españoles. Seguimos creyendo que la mejor opción, en la medida de lo posible, es la participación en ensayos clínicos que sigan intentando mejorar la seguridad y eficacia de estos tratamientos. Pero, por encima de todo, es necesario que aquellos progresos que muestren beneficios significativos se incorporen de manera equitativa para todos los pacientes, y que el acceso al mejor tratamiento para su enfermedad sea universal.

Como ya hemos visto, los pequeños avances, tomados de forma conjunta sí son relevantes. De aquí nuestro lema desde la SEOM: *En Oncología, cada avance se escribe con mayúsculas*. Estos pequeños avances, considerados cada uno de ellos de manera aislada, podrían haber sido considerados de escasa relevancia, pero acumulados entre sí han llevado a cambiar en muchos casos de una manera notable el pronóstico y la calidad de vida de muchos pacientes.



Twitter: [@_SEOM](#)

Para ampliar información y gestión de entrevistas:

Departamento de Comunicación de SEOM:

Mayte Brea y Ana Navarro:

Tel: 91 577 52 81

Email: gabinete comunicacion@seom.org | prensa@seom.org