



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Nº 650-2013-J/INEN



REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 31 de DICIEMBRE del 2013



VISTOS: El Informe N° 148-2013-DNCC-DICON/INEN, de fecha 27 de diciembre del 2013, suscrito por la Directora Ejecutiva del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, y el Informe N° 147-2013-DIMED/INEN, emitido por el Director General de la Dirección de Medicina.



CONSIDERANDO:



Que, mediante Ley N° 28748 se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno con autonomía, entre otros, de carácter normativo, adscrito al Sector Salud, hoy Organismo Público Ejecutor;



Que, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencia propias del Instituto;



Que, el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del INEN aprobado con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, precisa en el literal g) del Artículo 6° que es función general del INEN, el innovar, emitir y difundir, a nivel nacional, las normas, guías, métodos, técnicas, indicadores y estándares de los procesos de promoción de la salud, prevención de enfermedades neoplásicas, recuperación de la salud, rehabilitación y otros procesos relacionados específicamente con el campo oncológico;



Que, del mismo modo, el Artículo 24° del ROF, precisa que la Dirección de Control del Cáncer es el órgano técnico-normativo encargado de planificar, proponer las normas y conducir, a nivel nacional, los procesos de promoción de la salud en el campo oncológico, de prevención de enfermedades neoplásicas, de epidemiología, de información para la salud, de investigación en oncología y de docencia y educación especializada en oncología; así como de conducir la formulación, sistematización y difusión de las normas técnicas oncológicas y de los estándares de calidad de los servicios de salud oncológicos a nivel nacional, a los que controla técnicamente en cumplimiento a las normas vigentes;



Que, como es de apreciarse de los documentos de vistos, la Dirección de Medicina, ha solicitado la aprobación de las siguientes Guías de Práctica Clínica Oncológica: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA, LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA, LEUCEMIA LINFÁTICA AGUDA, MIELOMA MÚLTIPLE, MESOTELIOMA MALIGNO, TIMOMA, CARCINOMA TIMICO, PULMON A CELULAS NO PEQUEÑAS, NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA VULVA, TROBOBLASTICA GESTACIONAL, CANCER



DE PULMON DE CELULAS PEQUEÑAS, CANCER DE ESOFAGO, CANCER HEPATOCELULAR, CANCER DE ENDOMETRIO 1.2, CANCER DE OVARIO, CANCER GASTRICO, CANCER DE MAMA, CANCER DE COLON, CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO, CANCER DE CUELLO UTERINO, NEOPLASIAS MALIGNAS DE RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL, CANCER DE PROSTATA, NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA URINARIA, CANCER TESTICULAR, LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS T, NO ESPECÍFICO (LNH, PTCL, NOS), emitidas por el Departamento de Oncología Médica del INEN, las mismas que cuentan con los vistos buenos de las áreas competentes, correspondiendo se genere el acto resolutivo respectivo, aprobándose las respectivas guías para su difusión y aplicación en cumplimiento de la norma precitada;

Con el visto bueno de la Sub Jefatura, Secretaría General, Dirección de Control del Cáncer, Dirección de Medicina, Dirección de Cirugía, Dirección de Radioterapia, Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Departamento de Oncología Médica, Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;

De conformidad con las atribuciones establecidas en la Resolución Suprema N° 008-2012-SA y el literal x) del Artículo 9° concordante con en el literal g) del Artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar las siguientes Guías de Práctica Clínica Oncológica:

1. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA.
2. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.
3. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LEUCEMIA LINFÁTICA AGUDA.
4. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MIELOMA MÚLTIPLE.
5. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MESOTELIOMA MALIGNO.
6. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TIMOMA, CARCINOMA TIMICO.
7. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PULMON A CELULAS NO PEQUEÑAS.
8. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA VULVA.
9. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TROBOBLASTICA GESTACIONAL.
10. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE PULMON DE CELULAS PEQUEÑAS.
11. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE ESOFAGO.
12. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER HEPATOCELULAR.
13. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE ENDOMETRIO 1.2.
14. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE OVARIO.
15. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER GASTRICO.
16. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE MAMA.
17. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE COLON.
18. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO.
19. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE CUELLO UTERINO.
20. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL.
21. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE PROSTATA.
22. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA URINARIA.
23. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER TESTICULAR.
24. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS T, NO ESPECÍFICO (LNH, PTCL, NOS).



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Nº 650-2013-J/INEN



ARTÍCULO SEGUNDO: Encargar la difusión de la presente Resolución a la Dirección de Control del Cáncer en el marco de la autonomía normativa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, conforme a su Ley de creación.



ARTÍCULO TERCERO: Disponer a la Oficina de Comunicaciones de la Secretaría General del INEN, la difusión de las Guías de Práctica Clínica aprobadas en el Portal Web Institucional, www.inen.sld.pe.

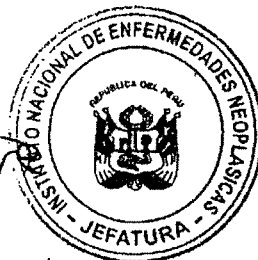
ARTÍCULO CUARTO: Déjese sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.



REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Tatiana Vidaurre
MC. Tatiana Vidaurre Rojas
Jefe Institucional





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

DIRECCIÓN DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA URINARIA

Lima- Perú
2013



Jefa Institucional

M.C. Tatiana Vidaurre Rojas
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Subjefe Institucional

Mg. Julio Abugattas Saba
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Director General de la Dirección de Medicina

Dr. Henry Gómez Moreno
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Director General de la Dirección de Control del Cáncer

M.C. Carlos Santos Ortiz
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



Autores:
Departamento de Oncología Médica



Revisión y Validación:
Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE VEJIGA URINARIA

I. NOMBRE Y CÓDIGO

1.1. NOMBRE

1.2. CÓDIGO CIE-10

II. DEFINICIÓN

2.1. DEFINICION

El cáncer de vejiga corresponde a los tumores del urotelio. El carcinoma urotelial (células transicionales) es el subtipo histológico más común, 90% se inician en la vejiga, 8% se inician en la pelvis renal y el 2 % en el uréter y la uretra.

Los otros subtipos histológicos lo constituyen 3% los tumores de células escamosas, 2% Adenocarcinoma y 1% los de células pequeñas

2.2. ETIOLOGÍA

2.3. FISIOPATOLOGÍA

La exposición prolongada del urotelio a distintos productos químicos que están concentrados en la orina durante mucho tiempo originan alteraciones sobre sus células, mutando su ADN que origina una división celular descontrolada y una anulación de la apoptosis que terminan desencadenando el cáncer de vejiga. A estos factores extrínsecos habría que añadirle una otros factores intrínsecos como la predisposición genética, raza, edad, entre otros que facilita todo este proceso.

2.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS IMPORTANTES

EPIDEMIOLOGIA:

En Perú es la octava causa de cáncer en varones mayores de 65 años, en población en general ocupa el décimo segundo lugar. En relación varón: mujer es 3.8:1. Edad promedio al dx 73 años.

Se estiman 72570 casos nuevos y 15210 muertes en EEUU en el 2013.

ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO: MULTIFACTORIAL

- Tabaco: Los fumadores tienen 2 veces más riesgo de desarrollar cáncer de vejiga, que los no fumadores.
- Exposición ocupacional: personas que están expuestas a ciertos químicos en su lugar de trabajo tienen más riesgo de tener cáncer de vejiga.
- Las sustancias químicas incluyen amonio que son usados en la industria del caucho, el aluminio y textil, imprenta, curtido de pieles, pintura.



- Uso de analgésicos: El uso excesivo de analgésicos, especialmente Fenacetin, se relaciona con un riesgo incrementado de cáncer urotelial y de la pelvis renal.
- Infecciones crónicas: En áreas endémicas, la infección crónica por *Schistosoma haematobium*, produce metaplasia escamosa, que condiciona a la aparición de cáncer de vejiga de células escamosas.
- Factores genéticos.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

3.1. MEDIO AMBIENTE

- **Infecciones crónicas:** En áreas endémicas, la infección crónica por *Schistosoma haematobium*, produce metaplasia escamosa, que condiciona a la aparición de cáncer de vejiga de células escamosas.^(a)

3.2. ESTILOS DE VIDA

- **Tabaco:** Los fumadores tienen 2 veces más riesgo de desarrollar cáncer de vejiga, que los no fumadores.
- **Exposición ocupacional:** personas que están expuestas a ciertos químicos en su lugar de trabajo tienen más riesgo de tener cáncer de vejiga. Las sustancias químicas incluyen amoníaco que son usados en la industria del caucho, el aluminio y textil, imprenta, curtido de pieles, pintura.

3.3. FACTORES HEREDITARIOS (CONSEJO GENÉTICO)

Sd. De Lynch

IV. CUADRO CLÍNICO

4.1. SIGNOS Y SINTOMAS

- Hematuria microscópica o macroscópica, es el signo más frecuente.
- Síntomas irritativos urinarios.
- Dolor a nivel de flanco.
- Obstrucción ureteral.
- Masa vesical.
- Edema a nivel de extremidades inferiores

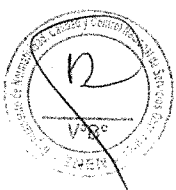
V. DIAGNOSTICO

5.1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- Historia clínica
- Examen físico
- El diagnóstico se basa en la cistoscopia y evaluación del tejido obtenido por RTU del tumor primario.
- Diagnóstico patológico de acuerdo a la clasificación de la WHO.

5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cistitis hemorrágica nefrolitiasis, carcinoma eral, trauma uretral, ITU.



VI. EXÁMENES AUXILIARES

6.1. PATOLOGÍA CLÍNICA

El cáncer renal in situ, se presenta como compromiso difuso urotelial en los pacientes con cáncer renal superficial y constituye un factor de riesgo para desarrollar cáncer invasivo y recurrencia.

El cáncer renal puede ser dividido desde el punto de vista histopatológico:

- Carcinoma de células transicionales 90-95%.
- Carcinoma de células escamosas 3%.
- Adenocarcinoma 2%.
- Carcinoma de células pequeñas 1%.

Clasificación de la WHO 2004. (e)

- Papiloma
- Neoplasia papilar urotelial de potencial maligno bajo.
- Carcinoma urotelial de bajo grado.
- Carcinoma urotelial de alto grado.

El reporte de patología debe especificar:

- Si hay invasión de la muscular propia (músculo detrusor).
- Si hay invasión linfovascular.
- Si hay cáncer In Situ subyacente

6.2. IMÁGENES

- Radiografía de tórax o TAC de Tórax
- TAC de Abdomen y Pelvis, cuando se ha confirmado invasión muscular para d/c extensión extra vesical, compromiso ganglionar o metástasis a distancia.
- Citología de Orina
- Pielografía Intravenosa

6.3. EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS

Cistoscopia con evaluación completa de la mucosa vesical y uretral + RTU. Gammagrafía: fuertemente recomendada en pacientes con elevación de fosfatasa alcalina o dolor óseo.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

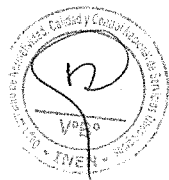
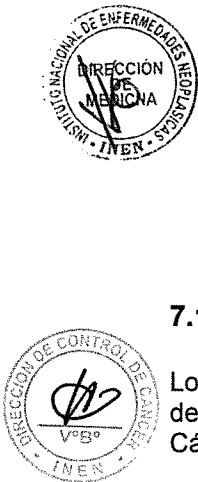
7.1. ESTRATIFICACIÓN POR ESTADIOS CLÍNICOS



TUMOR(T)	
TX	Tumor primario no se puede evaluar.
T0	No hay evidencia de tumor primario.
Ta	Cáncer papilar no invasivo
Tis	Carcinoma in situ (tumor plano)
T1	Tumor invade tejido conectivo subepitelial
T2	Tumor invade músculo pT2a Invade músculo superficial (mitad interna) pT2b Invade músculo profundo (mitad externa)
T3	Tumor invade el tejido perivesical pT3a Microscópicamente. pT3a Macroscópicamente (masa extra vesical).
T4	Tumor invade cualquier otra estructura pT4a Invade próstata, útero, vagina pT4b Invade pared pélvica o pared abdominal.
Ganglios Linfáticos Regionales (N)	
NX	Ganglios linfáticos regionales no se pueden evaluar.
N0	No hay metástasis de ganglios linfáticos regionales
N1	Ganglio solo de 2 cm. o menos en su dimensión mayor.
N2	Ganglio de más de 2 cm. pero menor a 5 cm.; o múltiples ganglios linfáticos, ninguno mayor a 5 cm.
N3	Ganglios linfáticos mayores a 5 cm.
Metastasis(M)	
MX	Metástasis distante no se puede evaluar
M1	No hay metástasis distante
M2	Metástasis distante
GRUPOS DE ESTADIAJE	
Estadio 0a	Ta N0 M0
Estadio 0is	Tis N0 M0
Estadio I	T1 N0 M0
Estadio II	T2a N0 M0; T2b N0 M0
Estadio III	T3a N0 M0; T3b N0 M0; T4a N0 M0
Estadio IV	T4a N0 M0; cualquier T N1 M0; cualquier T N2 M0; cualquier T N3 M0; cualquier I cualquier N M1

7.1.1. PRONÓSTICO

Los números a continuación están basados en miles de pacientes diagnosticados con cáncer de vejiga desde 1988 hasta 2001. Estas cifras provienen del centro de datos del National Cancer Institute's SEER.



Etapas	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
0	98%
I	88%
II	63%
III	46%
IV	15%

7.2. TRATAMIENTO DE CÁNCER VEJIGA

Niveles de Evidencia

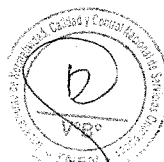
- (I) Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo aleatorizado y controlado diseñado de forma apropiada
 - (II) Evidencia:
 - Obtenida de ensayos controlados bien diseñados, sin aleatorización.
 - Obtenida a partir de estudios de cohorte o caso-control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por un grupo de investigación.
 - Obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención.
 - (III) Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos
- El manejo de cáncer renal está basado en los hallazgos patológicos de la biopsia, grado histológico, y el grado de invasión.

7.3. TRATAMIENTO EC I

- Se recomienda la resección transureteral (RTU), especialmente en tumores grado 1 ó 2, Ta y tumores T1 superficiales de bajo riesgo. (*Nivel de evidencia I*).
- En los pacientes de alto riesgo (múltiples recurrencias, tumores multicéntricos, cualquier lesión mayor e 3cm, tumores EC I, Ca in situ, alto se recomienda adicionar terapia intravesical con BCG (bacillus Calmette Guerin). La inmunoterapia con BCG ha mostrado beneficios clínicos significativos, que incluyen inducción a la remisión completa, reducción de la tasa de recurrencia en pacientes con carcinoma in situ.
- Nuevo RTU (2-6 semanas después) en pacientes con tumores de riesgo alto para detección de enfermedad residual.⁽⁷⁾
- La cistectomía radical temprana, como segunda opción, está recomendada en pacientes refractarios a inmunoterapia (BCG) ó lesiones de alto grado que recurrieron después de la inmunoterapia.

7.4. TRATAMIENTO EC II

- El estándar de tratamiento es la cistectomía radical y disección ganglionar + terapia neo adyuvante con cisplatino en combinación.



- También se ha planteado la terapia multimodal (quimioterapia, radioterapia, cirugía) como alternativa, con el fin de preservar la vejiga, que consiste en realizar máximo RTU, y posteriormente quimioterapia-radioterapia (cisplatino), la decisión de cistectomía dependerá de la presencia de lesión residual.
- La quimioterapia y radioterapia como tratamientos únicos, han mostrado resultados inferiores.
- Se ha probado un modesto beneficio en la sobrevida global en pacientes con cáncer de vejiga invasivo que recibieron 3 cursos de QT neoadyuvante en base a sales de platino, especialmente en los pacientes T2, T3. (*Nivel de evidencia I*).
- Se recomienda RT en los pacientes médicamente inoperables.
- Los resultados de estudios clínicos aleatorizados de QT adyuvante son todos pequeños, de bajo poder estadístico y controvertido. A pesar de las limitaciones un metanálisis que comparó observación vs QT basada en sales de platino, mostró una reducción del riesgo de muerte en 25% a favor del tratamiento adyuvante (g), en pacientes de alto riesgo de recurrencia; enfermedad extra vesical, T2N0 con invasión linfovascular, márgenes positivos y enfermedad músculo invasiva.

7.5. TRATAMIENTO EC III-IVA

- Cistectomía radical y considerar tratamiento neo adyuvante basado en cisplatino en combinación
- El tratamiento en base a sales de platino, ha demostrado mejores resultados en cuanto a la sobrevida (*Nivel de evidencia I*), siendo el régimen MVAC (Metotrexate, Vinblastina, Doxorrubicina y Cisplatino) el estándar histórico pero su uso está limitado por su perfil de toxicidad.
- La combinación Gemcitabina – Cisplatino, actualmente considerada la línea estándar para la mayoría de pacientes, ha logrado tasas de respuesta, sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global similar a MVAC con un mejor perfil de toxicidad.^(x)
- Combinaciones de tres drogas como Gemcitabina, Cisplatino y Paclitaxel no han probado ser superiores a Gemcitabina y Cisplatino.
- La radioterapia puede considerarse como tratamiento paliativo en casos de sangrado o dolor.
- Enfermedad metastásico: QT +/- RT.

7.6. ESQUEMAS DE TRATAMIENTO RECOMENDADO

GEMCITABINA-CISPLATINO

Gemcitabina	1000 mg/m ²	EV(inf 30 min)	D 1, 8 Y 15
Cisplatino	70 mg/m ²	EV (inf 1 hra)	D 2

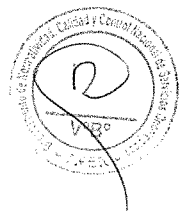
Repetir cada 28 días por 6 ciclos.

Toxicidades:

Hematológica grado 3-4:

Anemia grado (26.5%), trombocitopenia (57%), neutropenia (71%)

(*Nivel de evidencia I*)



M-VAC: DOSIS DENSAS

Metotrexate	30 mg/m ²	EV bolo	D 1,15,22
Vinblastina	3 mg/m ²	EV bolo	D 1 o 2, 15,22
Doxorrubicina	30 mg/m ²	EV bolo	D 1 o 2.
	70 mg/m ²	EV (inf 1-2 hrs)	D 1 o 2.

Repetir cada 28 semanas por 6 ciclos.

Toxicidad:

Hematológica Grado 3-4:

Anemia (17%), Trombocitopenia (20%), Neutropenia (23.6%).

Nivel de evidencia I)

CMV

Cisplatino	70-100 mg/m ²	EV (inf 1 hora)	D1 o 2.
Vinblastina	4 mg/m ²	EV bolo	D 1, 8
Metotrexate	30 mg/m ²	EV bolo	D 1,8
Ácido folínico	15 mg x 4/d	Po ó EV	D2,9(después de MTX)

Repetir cada 21 semanas por 6 ciclos.

(Nivel de evidencia I)

CISPLATINO-PACLITAXEL:

Paclitaxel	175 mg/m ²	EV(inf 3 hrs)	D 1
Cisplatino	75 mg/m ²	EV (30 min-2 hra)	D 1

Repetir cada 21 semanas por 6 ciclos.

(Nivel de evidencia II)

VIII. COMPLICACIONES

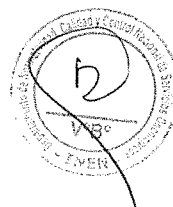
8.1. TOXICIDADES POR QUIMIOTERAPIA

- Las toxicidades grado 3 y 4, más frecuentes son:
- Anemia.
- Trombocitopenia: Detenga quimioterapia hasta conteo de plaquetas > 100000/mm³
- Neutropenia: Detenga quimioterapia hasta recuento de glóbulos blancos > 3000/mm³.
- Mucositis G3/4: Descontinúe tratamiento

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

9.1. REFERENCIA CONTRA-REFERENCIA

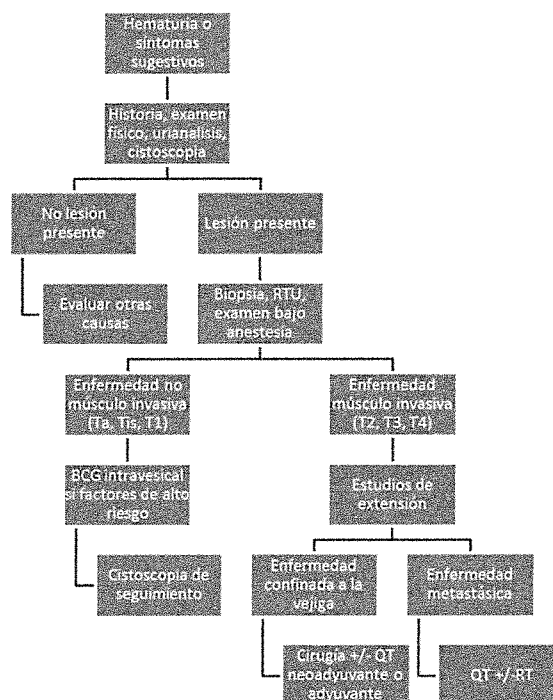
- El tratamiento primario de los pacientes con tumores vesicales incluye biopsia y terapia quirúrgica y deben efectuarse en hospitales de tercer nivel de acuerdo a la complejidad del caso.
- La referencia del paciente al tercer nivel de atención debe ser con diagnóstico de certeza por histopatología.
- Pacientes con cáncer de vejiga deben ser enviados a tercer nivel a servicios de oncología médica.



9.2. SEGUIMIENTO

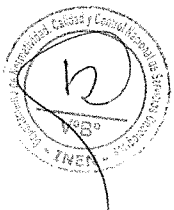
No existe un protocolo estándar para seguimiento en los pacientes con cáncer de vejiga, en los pacientes que fueron sometidos a cirugía con preservación de vejiga, se recomienda estudio citológico y cistoscopia cada 3 meses, durante los 2 primeros años, y posteriormente cada 6 meses durante 5 años.

X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <http://seer.cancer.gov/statfacts/>
- Maxine Papadakis, Stephen J. McPhee, Michael W. Rabow. CURRENT Medical Diagnosis and Treatment 2013. LANGE.
- emedicine.medscape.com/article/438262-differential.
- ESMO guidelines for Bladder Cancer Treatment 2013.
- NCCN guidelines version 1.2013. Bladder Cancer.
- Actas urológicas españolas 33:361, 2009
- Advanced Bladder Cancer meta-analysis collaboration. Adjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: A systematic review and meta-analysis of individual patient data. ABC meta-analysis collaboration. Eur Urol 2005, 48:189-199
- Temberg. Randomized phase III trial of high dose intensity MTX,vinblastine, doxorubicine and cisplatin (M-VAC) and GCSF vs classic MVA. JCO 200.



(u) Grossman HB Natale. Noadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer. NEJM 2003; 349: 859-866.

(v) Griffiths G, Hall R. International phase III trial assessing neoadjuvant cisplatin, MTX, vinblastine for muscle-invasive bladder cancer: Long term results of the BA0630894 trial. JCO 2011; 29: 217-2177.

(w) Advanced bladder cancer meta-analysis collaboration. Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: Update of a systematic review and meta-analysis of individual patient data. Eur Urol 2005; 48: 202-205 (x) Von der Masse. Gemcitabine and Cisplatin, MTX, vinblastine, doxorubicin and cisplatin in Advanced metastatic bladder cancer. Results of a large, randomized, multinational, multicenter phase III study. JCO 2000; 18:3068-3077.

1. Borden L.S et al. Bladder Cancer. Curr Opin Oncol 2003, 15:227.
2. Von der Maase et al, Gemcitabine and cisplatin versus methotrexate, vinblastin, doxorubicin and cisplatin in advanced or metastatic bladder cancer: results of a large randomized, multinational, multicenter phase III study. J. Clin Oncol 2000, 17:3068.
3. Sternberg CN, et al. Chemotherapy for bladder cancer: treatment guidelines for neoadjuvant chemotherapy, bladder preservation, adjuvant chemotherapy and metastatic cancer.
4. Logothetis CJ, et al, A prospective randomized trial comparing MVAC and CISCA chemotherapy for patients with metastatic urothelial tract. J Clin Oncol 1990, 8:1050-1055.
5. National Cancer Comprehensive Network (NCCN) Bladder Cancer Practice Guidelines. www.nccn.org.
6. American Joint Comité of Cancer (AJCC), Cancer Staging Manual, 9° edition (2009).
7. García J.A, et al, Systemic Chemotherapy for advanced bladder cancer: update and controversies . J. Clin. Oncol. 2006; 24: 5545-5551.

