

# SESSION 3. BLADDER PRESERVATION IN THE NEAR FUTURE: AN OPTION, AN OBLIGATION OR TOO GOOD TO BE TRUE?

- Caso clínico -

Dra. María Campuzano Pérez

Servicio de Urología. Hospital Universitario La Paz (Madrid)

# El paciente

Varón, 84 años



Antecedentes personales: amigdalectomía, hernioplastia umbilical

Tratamiento habitual: paracetamol, mirtazapina

Antecedentes urológicos:

- RTU prostática
- 3/2019: **URS por sospecha de litiasis (sin hallazgos) + RTU tumores vesicales:**
  - **TaG2m alto grado**
  - BCG inducción + mantenimiento (3m, 6m, 12m)
  - Retirada catéter ureteral JJ el 04/19

# Consulta enero 2025



- Varios episodios de hematuria
- Sigue fumando (7 cig/día).

## Citología 12/24

Sospechosa de malignidad

## Analítica 6/2024

PSA 0.76, Cr 1.27

## Ecografía 5/2024

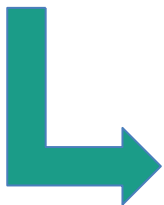
Riñón derecho disminuido de tamaño. Quistes corticales simples bilaterales. No litiasis ni dilatación de vía urinaria en ambos riñones. Próstata con cambios RTU, aumentada de tamaño de 4,6 x 3,4 x 4,4 cm (volumen 36cc). Vejiga bien replecionada, sin alteraciones reseñables intraluminales ni parietales.

# Consulta enero 2025



## CISTOSCOPIA:

Uretra peneana normal. Estenosis corta franqueable en uretra bulbar. Se observan **2 lesiones exofíticas de aspecto sólido en cuello hacia hemitrígono derecho de aprox 2 cm y otra de las mismas características hacia cara anterior**. No se visualiza con claridad meato ureteral derecho.



Lista de espera para RTU vesical



# RTU vesical febrero 2025



**Estenosis puntiforme en uretra bulbar**, aspecto blando. Próstata que no permite sobrepasar con resector 26Ch. Paso de guía sensor y dilatación progresiva hasta 20Ch. Nueva entrada con resector con asa.

Cambios de celda prostática reseca, **con tumoración desde cuello que se mete hacia la misma desde las 6 hasta las 13 de horario cistoscópico. Aspecto sólido/papilar con base de implantación ancha.** OOUU eutópicos, hemitrígono derecho respetado, izquierdo tiene la tumoración justo anterior al meato. Medio claro.

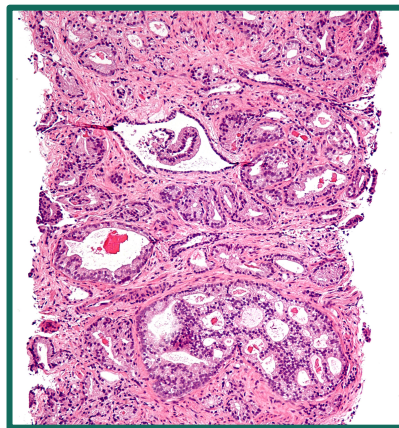
Resección completa de tumoración, llegando a plano músculo/graso en 2 puntos. Se reseca hasta plano del músculo detrusor. Hemostasia rigurosa, se evidencia que OOUU quedan respetados. Se resecan también adenómeros residuales de celda. Se remiten por separado x3 fragmentos de base de tumoración y x2 fragmentos de uretra prostática. Sondaje sobre guía, 22Ch, 20cc de globo.



# AP RTU vesical



- BIOPSIA PROFUNDA: Pared muscular y parénquima prostático **sin evidencia de infiltración tumoral**.
- URETRA PROSTÁTICA: Uretra prostática y parénquima prostático infiltrado por **carcinoma urotelial sólido de alto grado (G3)**.
- NEOFORMACIÓN VESICAL:
  - Localización: Cuello vesical y hacia celda prostática.
  - Tipo histológico (OMS 2022): **Carcinoma urotelial papilar (40%) y sólido (60%)**.
  - Grado histológico (OMS 2022/OMS 1973): **Alto grado (G3)**.
  - Infiltración microscópica: En su componente sólido infiltra extensamente lámina propia y capas musculares.
  - Estadío (AJCC 8ª edición): **T2**
  - Material remitido: Incluye epitelio, lámina propia y capas musculares.
  - **Carcinoma urotelial in situ: No identificado**



# Consulta marzo 2025

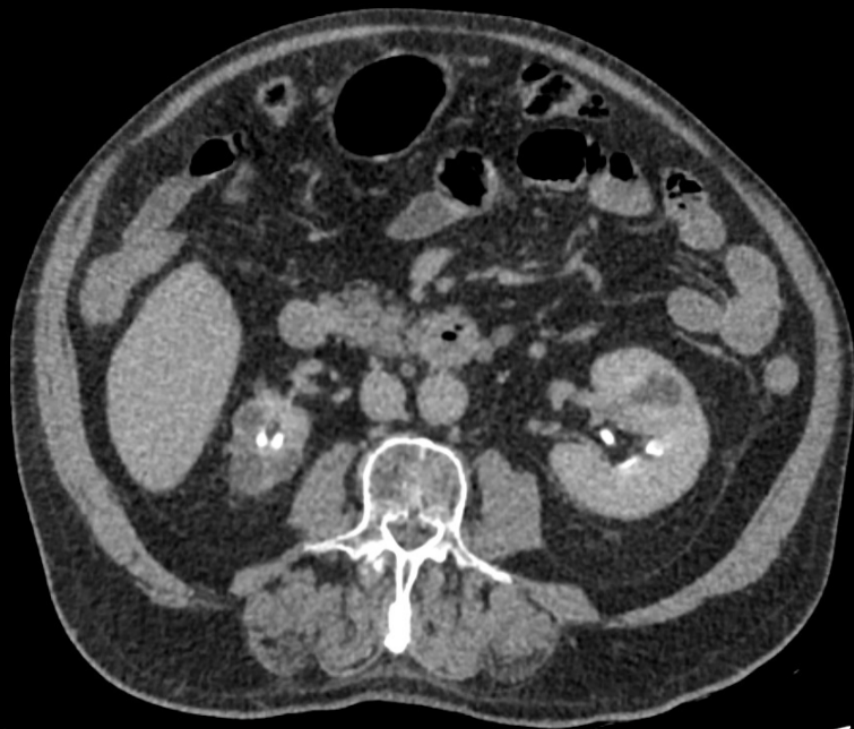


- Clínicamente bien. No hematuria
- Resultados de Anatomía Patológica

## UroTC + TC tórax 2/2025 -> previo a RTUv

- Signos de bronconeumopatía crónica con algún nódulo milimétrico inespecífico.
- Atrofia renal derecha. Quistes simples renales bilaterales.
- Vejiga escasamente distendida difícil de valorar, engrosamiento más significativo parietal posterior, podría corresponder a su diagnóstico clínico de neoformación vesical, correlacionar con cistoscopia. Resección prostática transuretral.









# Consulta marzo 2025



**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL:** **Paciente robusto:** El paciente no presenta datos de fragilidad o comorbilidades significativas y tiene un buen pronóstico vital, por lo que se le considera subsidiario del tratamiento estándar que se considere.

## **Plan Geriatría:**

Explicamos ejercicio físico adaptado.

Analítica para estudio de déficits.

Recomendaciones nutricionales.



## **PARA COMITÉ ONCOLÓGICO**

Valorar imágenes pulmonares. Si se descartar metástasis, valorar neoadyuvancia previa a cistectomía.

# Comité de tumores marzo 2025



Se desestima  
neoadyuvancia

Imágenes pulmonares  
no claramente  
compatibles con  
metástasis

# Consulta abril 2025



Se comenta con paciente y familiares en dos ocasiones:

- Refieren que su padre no quiere operarse
- Se explica intervención y evolución natural si no se opera
- Entienden y consienten

Se incluye de nuevo en Comité de Tumores para valorar otra opción de tratamiento.



# Comité de tumores abril 2025



Se planteará tratamiento  
con radioterapia y  
quimioterapia  
sensibilizante

Se remite a Oncología  
medica y Radioterapia

# Consulta agosto 2025

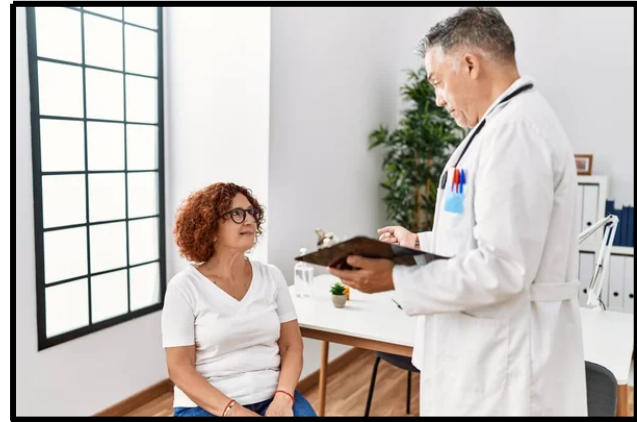


Ha recibido 20 sesiones de radioterapia (55Gy; finalizadas 30/6/2025) + 4 ciclos de quimioterapia (carboplatino semanal)

- Clínicamente: no hematuria, disuria ni polaquiuria
- Analítica 6/2025: crea 1,11
- Citología negativa para células tumorales malignas
- Pendiente de TC de control



¿Y si mi paciente es otro?



# El paciente

Mujer, 66 años



Antecedentes personales: No alergias. Exfumadora. Quiste ovárico. Cesárea.

Tratamiento habitual: No

Antecedentes urológicos: Estudio de hematuria (centro externo)

- Cistoscopia 13/1/25: **Lesión vesical**
- Pruebas complementarias:
  - TAC sin contraste 20/01/2025: Litiasis de 2 mm en GCI renal derecho y litiasis de 5 mm GCM renal izquierdo no obstructivas.
  - Citología de orina 1/2025: Sospechosa para carcinoma urotelial de alto grado.



- **RTU 13/2/25:** Tumor vesical de 2 cm en cúpula hacia lado izquierdo de aspecto mixto, sólido papilar.
- **AP: Carcinoma urotelial musculoinvasivo T2 G3 no cis**
- **TC TAP 03/04:** No imágenes de aspecto residual endovesicales. No signos de afectación de vía urinaria superior. No adenopatías ni lesiones viscerales sospechosas de extensión a distancia.
- **EBA 26/05/2025:** No neoformaciones. Cicatriz de resección en cara anterior hacia CLI, sin papilas en superficie. Biopsias vesicales. **AP: negativas para malignidad**

**OPCIONES: Cistectomía parcial vs radical vs seguimiento vs protocolo de preservación de QT-RT**

# Revisión tras protocolo de QT+RT

- RT (IMRT) 20/8/25-16/9/25: 55Gy, con fraccionamiento de 2.75Gy/día
  - Quimioterapia: cisplatino semanal (4 dosis)
- 
- Paciente asintomática
  - Seguimiento con: Uro-TAC, citología orina y cistoscopia

**\*Papel del cisplatino como agente radiosensibilizante**

# Preservación vesical en cáncer de vejiga

**Objetivo:** mantener la vejiga sin comprometer el control oncológico, mejorando la calidad de vida

## Terapia trimodal (TMT)



```
graph TD; TMT[Terapia trimodal (TMT)] --- RTUV[RTUV  
Resección completa inicial.]; TMT --- RT[Radioterapia  
Opcional en ganglios pélvicos.  
RT sola no es recomendable.]; TMT --- QT[Quimioterapia  
Radiosensibilizante  
(cisplatino, 5-FU/MMC, gemcitabina, etc.)];
```

The diagram illustrates the components of Trimodal Therapy (TMT) for bladder cancer. A central box labeled 'Terapia trimodal (TMT)' is connected by a horizontal line to three separate boxes below it. The first box on the left is labeled 'RTUV' and describes 'Resección completa inicial.' The middle box is labeled 'Radioterapia' and notes that it is 'Opcional en ganglios pélvicos.' and that 'RT sola no es recomendable.' The third box on the right is labeled 'Quimioterapia' and lists 'Radiosensibilizante (cisplatino, 5-FU/MMC, gemcitabina, etc.)'.

### RTUV

Resección completa inicial.

### Radioterapia

Opcional en ganglios pélvicos.

RT sola no es recomendable.

### Quimioterapia

Radiosensibilizante  
(cisplatino, 5-FU/MMC, gemcitabina, etc.)

# Preservación vesical en cáncer de vejiga

## Selección de pacientes

Tumor único, pequeño (<3–5 cm), sin CIS, sin hidronefrosis bilateral y con buena función vesical.

Pacientes no aptos para cirugía.

Hasta 30% candidatos a cistectomía pueden recibir preservación vesical.

Decisión multidisciplinar y compartida con el paciente.

Las tasas de supervivencia a largo plazo de la TMT son comparables a las de la cistectomía temprana.

\*En recurrencias invasivas, la cistectomía de rescate es curativa en 10–15%.

**Seguimiento:** más estricto los primeros 2 años.

- En vejiga: cistoscopia + citología.
- Extra-vesical: TAC TAP hasta 5a años.

# SESSION 3. BLADDER PRESERVATION IN THE NEAR FUTURE: AN OPTION, AN OBLIGATION OR TOO GOOD TO BE TRUE?

- Caso clínico -

Dra. María Campuzano Pérez

Servicio de Urología. Hospital Universitario La Paz (Madrid)