***El cáncer olvidado: comprender el cáncer de vejiga***

**Orador 1** 00:02

Bill, estás escuchando el podcast de asistencia oncológica presentado por el Dr. Bill Evans y presentado por el Programa de Asistencia Oncológica. Dondequiera que te encuentres, estamos aquí para brindarte ayuda y esperanza mientras te orientas en la prevención, el tratamiento y la atención del cáncer, ayuda cuando realmente la necesitas.

**Dr. Bill Evans** 00:20

Bueno, bienvenidos al programa de asistencia contra el cáncer . Soy su anfitrión, el Dr. Bill Evans, y me complace mucho que vayamos a hablar sobre el cáncer de vejiga. Saben, creo que este es un cáncer al que no se le ha prestado suficiente atención. Y estoy encantado de tener hoy conmigo a dos especialistas, la Dra. Lorraine Liang y el Dr. Ali Khan lilani . Bienvenidos, y realmente aprecio el hecho de que estén dedicando algo de su tiempo. Sé que ambos están extremadamente ocupados, y esta es una época del año en la que se están poniendo al día . Así que muchas gracias por estar con nosotros ahora. Lorraine, eres uróloga en el Instituto de Urología McMaster ubicado en el Hospital St Joseph's aquí en Hamilton, y eres profesora adjunta y eres una de los seis urólogos que trabajan en ese instituto. Así que es un gran equipo el que han formado allí. Y con ustedes, tenemos al Dr. Ali Khan Lalani, Profesor Asociado del Departamento de Medicina y del Departamento de Oncología de la Universidad McMaster, con sede en el Centro Oncológico Jurado. Y, de nuevo, me complace mucho que estén aquí para hablar sobre el cáncer de vejiga. A menudo , me gustaría empezar preguntándoles un poco sobre cómo llegaron a ser urólogos. Lorraine , ¿por qué decidiste emprender por tu cuenta? Esa fue tu idea inicial de lo que querías ser cuando crecieras.

**Orador 2** 01:41

Creo que de pequeña, nunca pensé en lo que vendría después. Simplemente hacía lo que tenía delante. Mis padres tenían una heladería. Ah, sí, sí. Y, sabes, crecí en esa heladería. Vendían muchos productos dietéticos, como Atkins, cosas sin azúcar. Me interesé mucho por la nutrición, pero luego fui a la universidad en Columbia y me especialicé en artes visuales porque el orientador me dijo: "Haz lo que quieras". Así que casi terminé como artista . Y después pensé: " ¿ Qué haré con mi vida?" . Me gano la vida. ¿Cómo me gano la vida? ¿Cómo consigo atención médica? Y busqué una maestría en nutrición en Columbia, y pensé: "Si soy médica, la gente escuchará mis consejos más que si solo fuera nutricionista". Y así comenzó mi largo camino hacia la facultad de medicina. En la facultad de medicina, me di cuenta de que a los médicos les incomodaba un poco mi intromisión, y los cirujanos se sentían más cómodos conmigo. Eso me llevó a la urología. Investigué muy bien con gente increíble en urología. Mis notas eran buenas, y así fue como terminé en urología, atraído principalmente por los robots, los láseres y las cosas divertidas que hacemos.

**Dr. Bill Evans** 03:10

Diría , ¿tuviste un modelo a seguir? ¿Y luego mencionaste robots y láseres? Bueno, es una trayectoria profesional muy interesante, y una de las más interesantes que hemos escuchado en el podcast. Ali Kai, ¿podrías igualarla?

**Orador 3** 03:23

Sí, difícil, difícil de superar eso. Me refiero a ese hijo de inmigrantes también. Todas mis familias en el cuadro de contadores de negocios . Así que absolutamente nada de medicina en mi familia antes de que yo también decidiera entrar en medicina como consejeros divertidos en la escuela primaria dijeron, ya sabes , eres zurdo , eres más artístico, así que los idiomas y la música y las artes serán lo que harás. Y entonces disfruto de todo eso. Pero, sí, ¿qué en la medicina? Es curioso, creo que empecé a estar realmente interesado en las habilidades de procedimiento, aunque, en medicina interna, pensé, voy a ser un médico gastroenterólogo. Voy a ser un castronólogo , eso es todo. Y luego, sabes, recuerdo que al final del primer año, dije, ya sabes, hice una llamada voluntaria con un compañero, como, ¿quién hace eso? Pero decidí hacerlo con un compañero para entender mejor la gastroenterología . Y dije, esto está bien, pero a las 2 am ¿quiero estar endoscopiando a alguien en la UCI? Y dije: «Sabes, debería ampliar mis horizontes un poco». Y luego, en fin, surgió la oncología, creo que la mezcla de personalidad y ciencia, y el resto es historia. Así que, ¡vaya!

**Dr. Bill Evans** 04:22

Genial. Creo que ambos terminaron bien, sí. Así que gracias. Ahora bien, en cuanto al cáncer de vejiga, me impresionó un poco al leer un poco lo común que es en Canadá. Más de 12,000 personas son diagnosticadas con cáncer de vejiga anualmente. En Canadá, el quinto cáncer más común está prácticamente desapareciendo. Pensamos en los cuatro grandes cánceres, ya sabes, el de mama, el de colon y el de próstata. Y no pensamos tanto en el cáncer de vejiga. Así que ya era hora de hablar de ello en el podcast. Y creo que es más importante de lo que hemos reconocido, más común en hombres que en mujeres. Pero cuéntame un poco sobre cuáles son los factores de riesgo para contraer cáncer de vejiga.

**Orador 2** 05:06

El más fácil es el tabaquismo. Es un factor de riesgo modificable. Los fumadores tienen una probabilidad mucho mayor de desarrollar cáncer de vejiga que los no fumadores . También lo tienen los pacientes expuestos a tintes de anilina. Solían ser bronceadores o he tenido muchos peluqueros con problemas, pacientes que han tenido otros tipos de cáncer y tratamientos para el cáncer, quimioterapia y exposición a la radiación. Desafortunadamente, muchos de nuestros pacientes han trabajado en fábricas y han estado expuestos a fundiciones, humo y cosas así. Además, por alguna razón, los pacientes que trabajan en talleres mecánicos y lugares similares solo usan disolventes de pintura y benceno aromático, como productos químicos con mal olor. Así que...

**Dr. Bill Evans** 05:52

Como Hamilton es un lugar con gran actividad manufacturera, fundición de acero, etc., ¿estamos viendo más cáncer de vejiga aquí que en muchos otros lugares?

**Orador 2** 06:01

Creo que dondequiera que he estado, he visto muchos casos de cáncer de vejiga, pero creo que también es, ya sabes, una función de lo que hago. Y ahí, hay cáncer de vejiga. Creo que probablemente hay más aquí que quizás en Toronto. Claro, no lo mencionaste.

**Dr. Bill Evans** 06:15

La edad es algo que no podemos controlar, pero a medida que envejecemos, supongo que tenemos un mayor riesgo de desarrollar prácticamente todos los tipos de cáncer, incluyendo el cáncer de vejiga. Me alegra que hayas mencionado el tabaquismo como responsable del programa provincial para dejar de fumar. Creo que mucha gente solo piensa en el cáncer de pulmón o quizás en el cáncer de cabeza y cuello asociados al tabaquismo, pero hay una docena de otros tipos de cáncer asociados al tabaquismo, siendo el cáncer de vejiga uno de los más importantes. Por lo tanto , es fundamental difundir el mensaje de que las personas deberían dejar de fumar, ya sea que ya lo hagan o que nunca hayan empezado. La situación ideal para intentar evitar enfermedades como el cáncer de vejiga, entre otras, es simplemente... te pregunto sobre la COVID-19 en el valle, en cuanto a la presentación, ¿cómo podría alguien sospechar algo que pudiera llevar a un diagnóstico?

**Orador 3** 07:08

Esta es una pregunta que alguien como el Dr. Liang vería con mucha frecuencia como urólogo, pero ciertamente la escuchamos cuando los atendemos en oncología médica; repasamos toda la historia. A menudo comienza con el árbol del hemo o con sangre en la orina. En la facultad de medicina siempre me enseñaron que el árbol del hemo es indoloro. Y en una persona mayor de 60 años , cáncer de vejiga hasta que se demuestre lo contrario, ¿verdad? Entonces, si piensas en dónde está la lesión y cómo puede manifestarse, y considerando todo el tracto urotelial, hablamos de cáncer de vejiga. Pero obviamente, el revestimiento del uréter y la pelvis renal son similares. Diría que , en retrospectiva, el dolor y la sangre en la orina son sin duda de los problemas más comunes que vemos, pero para cuando los pacientes consultan con un oncólogo médico, el problema es que ya es músculo-invasivo o incluso más profundo. Pero estos son a menudo los factores que llevan a un paciente a una evaluación diagnóstica, donde consultaría con un urólogo para obtener una visión completa de lo que hay dentro de la vejiga y más allá. Y, como era de esperar, como usted mencionó, estos son parte de los problemas históricos del envejecimiento relacionados con el tabaquismo. Aunque incluso en su propio podcast, creo que la gente ha comentado que estas tasas de tabaquismo están disminuyendo ahora, la población que tenía una edad promedio de 60 años y participaba en ensayos clínicos es una cosa, pero a menudo lo vemos en los 80 y más, incluso para cuando llegan a tener conocimiento médico. Por lo tanto , es un problema de edad, un problema de tabaquismo, que obviamente se presenta como es habitual. Ahora bien,

**Dr. Bill Evans** 08:35

Lorraine Ali Khan mencionó sangre en la orina. Pero ¿cómo la percibe un paciente? ¿ Buscan sangre roja brillante o algo más? ¿O puede ser una mezcla?

**Orador 2** 08:46

Así que habrá una división entre los pacientes que realmente ven sangre en la orina y aquellos cuyos médicos de cabecera realizan su chequeo anual regular. Y solo hay sangre microscópica. Es cierto que los pacientes con sangre microscópica tienen un riesgo menor, pero existe. Por lo tanto , vemos un buen número de pacientes que no sienten ni ven nada, y sus médicos los derivan simplemente porque tienen sangre en la orina. Y definitivamente vemos pacientes con cáncer de vejiga que llegan solo con orina microscópica. Es raro, pero ocurre en pacientes con sangre en la orina que pueden ver. Orina de color vino, orina de color óxido, sangre roja gruesa con coágulos. Todo esto sería consistente.

**Dr. Bill Evans** 09:25

Espectro de color, por lo que buscar solo sangre roja brillante no sería suficiente. Una orina con aspecto oxidado es otra señal de que hay pequeños coágulos.

**Orador 2** 09:35

A veces hay pacientes que dicen: "Bueno, está en el inodoro". No sé si viene de mis nalgas , de mi cintura o de mi frente; a veces solo lo veo en el papel higiénico. La evaluación del cáncer de vejiga es, creo , tan invasiva y dolorosa que vale la pena revisarla, incluso si no se está seguro, especialmente si existen otros factores de riesgo, como la edad, como el tabaquismo, antecedentes familiares de cáncer de vejiga, etc.

**Dr. Bill Evans** 10:03

Has mencionado el aspecto que tiene la vejiga. ¿Cómo se observa?

**Orador 2** 10:08

Cada vez que vemos a un paciente con hematuria y sangre en la orina, realizamos varias pruebas. Primero, analizamos la orina para detectar infecciones y células (citología), que se realiza en el laboratorio. Luego, dependiendo de si es microscópica o macroscópica, comenzamos con una ecografía de los riñones y la vejiga. Buscamos cálculos renales y masas en los riñones. Observamos los uréteres y la vejiga. A veces, se puede ver una masa en una ecografía. A veces, no en una tomografía computarizada; se realiza una prueba trifásica , sin contraste para buscar cálculos y con contraste para ver si hay masas. Luego, se realiza una fase posterior al contraste, donde se espera a que el contraste entre en el uréter para ver si hay defectos de llenado o alteraciones en el uréter que no se verían sin esa tercera fase. Y el último paso es la cistoscopia, o la cámara que se coloca en la vejiga. Esto generalmente se hace sin anestesia, pero aplicamos gel congelado en la uretra. Para un hombre, eso significa que aplicamos el gel en el pene. Para una mujer, significa que aplicamos el gel en la uretra y colocamos la cámara justo donde estamos en St. Joe's, hay una pantalla donde el paciente puede ver lo que yo veo. Así que si veo un cáncer de vejiga , ellos pueden verlo al mismo tiempo. Señalamos diferentes cosas, puntos de referencia anatómicos. Y los pacientes suelen ser bastante tolerantes a este procedimiento; quizás uno de cada 100, aproximadamente, se pone muy ansioso, pero ciertamente... Les explicamos el proceso, y toma menos de cinco minutos. Un cáncer de vejiga se parece un poco a una anémona de mar, porque llenamos la vejiga con líquido y te saluda. Y generalmente son bastante comunes si son de bajo grado. Así que es divertido verlos, pero menos divertido estar en el lado receptor.

**Dr. Bill Evans** 11:51

del paciente. Quizás no sea tan divertido de ver, pero es interesante. Pero

**Orador 2** 11:55

les importa verlo si está ahí. En el caso de los de menor grado, el 80 % termina siendo cáncer de menor grado. Son un poco más visibles. Los de mayor grado o con invasión muscular suelen ser bastante más grandes. Puede haber sangrado asociado al examinarlo; a veces tiene pequeñas piedras, así que son un poco menos visibles. Pero lo identificamos al observar...

**Dr. Bill Evans** 12:18

¿ Reaccionan los pacientes al ver cosas en la pantalla mientras lo haces? ¿Se sienten tranquilos al verlo visualmente? ¿Y cómo reaccionaron cuando les señalas que, bueno, en realidad hay un cáncer aquí?

**Orador 2** 12:31

Algunas se sienten aliviadas al saber por qué tienen los síntomas que presentan con frecuencia. Y a menudo, las mujeres reciben el diagnóstico más tarde, porque a veces las pacientes acuden y dicen: "Tengo sangre en la orina", y reciben tratamiento una y otra vez por infección de vejiga, y los cultivos resultan negativos, y las mujeres se preguntan: "¿Qué me pasa? ¿Por qué sigue pasando esto?". Y cuando les muestras un cáncer y les dices cuáles son los siguientes pasos, a menudo se sienten bastante aliviadas, porque creen que ya no están locas, o se dan cuenta de que no han estado locas por mucho tiempo. Hay algunas que se asustan, pero generalmente preparo a las pacientes para que sepan que esto es lo que buscamos, y si lo encontramos, entonces discutiremos los siguientes pasos. Y así , normalmente, si Si estás preparado, hablas y los pacientes participan, la comodidad aumenta. Y luego, simplemente, nos adaptamos a las circunstancias. Los pacientes generalmente evolucionan bastante bien.

**Dr. Bill Evans** 13:23

Tomemos un caso de cáncer muy superficial, que creo que son los más comunes, ¿verdad? ¿ Qué se hace después de observarlo al mismo tiempo? ¿Se procede con el procedimiento? ¿O es algo para lo que hay que preparar al paciente y repetirlo?

**Orador 2** 13:40

Si los tumores son extremadamente pequeños, lo cual es bastante raro, y son tratables, puedo simplemente tomar una biopsia en el momento del diagnóstico, quemar la base, enviarla a patología y ver si, al observarla, estamos bastante seguros de que será de bajo grado, superficial; no tengo que profundizar mucho más. Si es más grande, como uno o dos centímetros, o entre dos y cinco, los prepararíamos. Les daríamos el consentimiento para la cirugía. Les encontraríamos un horario para la cirugía y la operaríamos; generalmente, se duerme o se aplica anestesia espinal, con anestesia general o raquídea. Esto implica un anestesiólogo, una clínica preoperatoria y ese tipo de cosas. Y la cirugía se realiza a través de la uretra. De nuevo, usamos un asa de cauterización, un pequeño alambre muy práctico . Se extrae el tumor, se intenta extraerlo por completo y se obtiene una buena porción del músculo para asegurarse de que no haya tumor. Luego se detiene el sangrado y el paciente generalmente se va a casa el mismo día.

**Dr. Bill Evans** 14:38

Ahora bien, al extraer el tumor, ¿se introduce en algún lugar? ¿O simplemente se extrae por la uretra?

**Orador 2** 14:44

Entonces, el endoscopio que usamos para la resección es un poco más grande, y esa vaina permanece dentro del paciente, y luego el tubo puede salir, para que el tumor pueda salir a través de las láminas para que no toque todas las demás partes del paciente cuando sale del paciente.

**Dr. Bill Evans** 14:57

Ahora, ¿te preocupan las células cancerosas ? Las células se desprenden y flotan en el...

**Orador 2** 15:02

Sí. Normalmente nos aseguramos de extraer todos los fragmentos y quemarlos por completo. A veces, si ya sabemos que se trata de un cáncer de bajo grado o multifocal, podemos administrarles una dosis única de quimioterapia en el momento de la cirugía, dentro de las 24 horas siguientes. Esta sería la dosis posterior a la resección (T, R, B, T). La primera dosis dentro de las 24 horas sería mitomicina, que a veces puede causar un poco de irritación al orinar. La drenamos de sus vejigas antes de que salgan y deben desecharse de cierta manera. A veces es un poco difícil de obtener si no se prepara con antelación, pero hacemos todo lo posible y no estamos seguros de si se trata de un cáncer de bajo grado . Si creemos que hemos resecado demasiado profundo, generalmente no administramos esa dosis posterior a la resección.

**Dr. Bill Evans** 15:48

Bien, entonces ¿por qué se realiza la quimioterapia?

**Orador 2** 15:52

Bueno, se lo damos para que no vuelva tan pronto o nunca,

**Dr. Bill Evans** 15:56

Porque existe el riesgo de recurrencia, ¿verdad? Sí. Así que , ¿qué pasa con el cáncer?

**Orador 2** 16:00

Les explico a mis pacientes, cuando tienen un cáncer de bajo grado, que, aunque sea cáncer, suele ser algo molesto, como un grano, así que lo extirpamos y lo vigilamos para asegurarnos de que no vuelva. Generalmente, tienden a reaparecer. Cuanto antes reaparezcan, más nos preocupamos y más terapias se les ofrecen. Si es solo un tumor pequeño, lo hemos extirpado por completo y lo revisamos a los tres meses y no está, seguimos buscando con la esperanza de que no vuelva.

**Dr. Bill Evans** 16:25

Y la frecuencia de revisión cada tres meses. Entonces, para

**Orador 2** 16:29

los cánceres de bajo grado , me gusta revisarlos tres meses después de la primera visita, y después, espaciamos las visitas entre seis y doce meses, dependiendo de si recurren o no. Prefiero mantenerlos para siempre. Si empiezan a ponerse un poco nerviosos, podemos negociar. ¿Cuál es la negociación? ¿Con qué frecuencia los revisamos? Sí, tengo algunos pacientes de 90 años. Están empezando a tener demencia. Los familiares notan que presentan agitación antes de venir, y entonces negociamos. Pero para personas sanas con una calidad de vida razonable...

**Dr. Bill Evans** 16:58

de la vida, quieres asegurarte de que no vuelva. Así que la frecuencia se mantiene más rígida. Supongo que me gusta...

**Orador 2** 17:04

verlos una vez al año, al menos una vez que estén a tres años vista. Y así...

**Dr. Bill Evans** 17:08

Estas son para las más superficiales y fáciles de tratar, pero tienden a reaparecer. Pero mencionaste la invasión muscular, así que quizás debamos abordar ese tema. ¿Cuál es la preocupación sobre la invasión muscular? ¿Qué presagia eso?

**Orador 2** 17:24

El cáncer de vejiga músculo-invasivo es un caso aparte. Una vez que empieza a invadir el músculo, la probabilidad de propagación es mucho mayor, y ahí es donde interviene el Dr. Lalani. Cuando tenemos cáncer de vejiga músculo-invasivo, preferimos extirpar la vejiga, pero generalmente los pacientes se benefician de una cistoprostatectomía radical o una cistectomía tras haber recibido quimioterapia previamente.

**Dr. Bill Evans** 17:51

Hablemos un poco de eso, porque ahora parece mucho más difícil cuando se extirpa la vejiga y hay quimioterapia previa. Así que , la selección de los pacientes que se eligen y cómo es la quimioterapia en términos de efectos secundarios.

**Orador 3** 18:08

¿Preguntas? Diría que un tema clave es que se trata de una atención verdaderamente multidisciplinaria. Lo comparo con el paso de la posta entre los especialistas adecuados para ayudar al paciente en su momento. Como mencionó Lorraine, estos pacientes suelen tener una relación con su oncólogo, y queremos que continúe, pero se comunican para decir: "Este paciente necesita un tratamiento sistémico, posiblemente antes de que le hagamos algo a la vejiga". Por eso, una breve mención a nuestra clínica multidisciplinaria de cáncer de vejiga, que tenemos en el Driven C Cancer Center. Si me permiten, la idea de esta clínica es que, en teoría, todo paciente con cáncer de vejiga musculoinvasivo en nuestra área de influencia o región puede ser derivado a esta clínica, donde el paciente vería a un cirujano si aún no lo ha hecho. Pero si tienen un oncólogo de Ural, seguirán siendo el oncólogo de Ural de referencia. Si es lo más lógico, verán a un oncólogo médico y a un radioterapeuta simultáneamente. Y, volviendo a lo que decías, en esa visita, tenemos la oportunidad de reunirnos para revisar el expediente, empezar por la situación general, ver si el cáncer está presente en la orina, cuántos tratamientos, como la BCG u otras terapias anteriores, se han administrado, y luego determinar si ahora es invasivo muscular. Así que veamos qué podemos hacer . Como mencionaste, el tratamiento estándar consiste en administrar quimioterapia, lo que llamamos quimioterapia neoadyuvante, o tratamiento previo al tratamiento definitivo, antes de proceder a dicho tratamiento. Desde la perspectiva de la oncología médica, nosotros tomamos la posta en ese momento. Nuestro trabajo es asegurarnos de que el paciente sea elegible para el cisplatino, por lo que se administran medicamentos como cisplatino y Jim City por vía intravenosa durante aproximadamente cuatro rondas o cuatro ciclos de tratamiento, momento en el que suelo programar una tomografía computarizada después del tratamiento. Nos aseguramos de que el cáncer no se haya propagado a ninguna parte, y luego volvemos a tomar la posta. De regreso a las facultades de vejiga para analizar el estado y determinar cómo se presentan las cosas, donde previamente observamos invasión muscular, y luego se toma una decisión crucial sobre la cirugía. La mayoría de nuestros pacientes se someten a cirugía, o aquellos que podrían haber tenido una respuesta extrema y se benefician mucho de la radioterapia como tratamiento definitivo, con las limitaciones que conlleva. Ahí es donde la clínica de vejiga resulta útil, porque el paciente puede estar allí. Todos los principios estaban presentes. Y, por supuesto, hay muchas razones por las que un paciente podría beneficiarse de la radioterapia; desafortunadamente, algunos pacientes no son candidatos a cirugía o no pueden recibir quimioterapia. Continúan con la radioterapia. Pero, en general, creo que la clave es la quimioterapia neoadyuvante y luego reevaluar la posibilidad de una cirugía. Antes...

**Dr. Bill Evans** 20:41

Hablaremos un poco más sobre eso, creo que haremos una breve pausa y escucharemos a nuestros patrocinadores, por así decirlo, del Programa de Asistencia contra el Cáncer, y regresaremos enseguida para hablar más sobre el cáncer de vejiga.

**Orador 1** 20:51

Queremos agradecer a nuestros generosos donantes, el Fondo Familiar Hatton y el estudio creativo Banco, quienes hacen posible el podcast de asistencia contra el cáncer. El Programa de Asistencia contra el Cáncer está más ocupado que nunca brindando apoyo esencial a los pacientes y sus familias. Mantenemos nuestro compromiso de brindar servicios gratuitos a los pacientes de nuestra comunidad, incluyendo transporte y equipo, préstamos, artículos de cuidado personal y de confort, estacionamiento y educación práctica. Estos servicios son posibles gracias a la generosidad de nuestros donantes, a través de donaciones únicas , donaciones mensuales, recaudación de fondos de terceros, patrocinios corporativos y oportunidades de voluntariado. Visite cancerassist.ca para ver cómo puede marcar la diferencia en la vida de los pacientes con cáncer y sus familias.

**Dr. Bill Evans** 21:34

Bueno, volvemos a hablar del cáncer de vejiga y ya hablamos del cáncer de vejiga músculo-invasivo. Pero también queremos hablar un poco sobre la diferencia entre los cánceres de bajo y alto grado , ya que existe una diferencia en su manejo. Ya habíamos hablado de eso antes, así que lo haremos ahora. Lorraine, ese es un punto importante. Cuando envíes una muestra al laboratorio, la revisarás en el informe, ya que eso determinará si se debe hacer algo adicional, creo que para ese paciente en particular con un cáncer de alto grado .

**Orador 2** 22:05

Claro, Bill. Cuando recibimos el resultado de patología, buscamos determinar si el cáncer es de bajo o alto grado. Como dijiste, buscamos la profundidad de la invasión, algo que ya mencionamos. Podemos detectar cánceres de vejiga de alto grado en etapas tempranas, y estos pueden ser superficiales. Si no invaden completamente la lámina propia, se considerarían aptos para terapia intravesical, o terapia dentro de la vejiga, en lugar de acudir al Dr. Lalani para una terapia intravenosa que afecte todo el cuerpo. Generalmente, lo que hacemos es enviar a los pacientes a terapia con BCG, y la BCG era lo que se usaba antes para inmunizar a las personas contra la tuberculosis, ¿verdad? En lugar de inyectarte, te colocan un catéter y te inyectan BCG en la vejiga, lo que la obliga a reaccionar. Es un irritante, y para intentar eliminar cualquier cáncer existente y prevenir su reaparición, puede ser bastante irritante para la vejiga y se siente como una infección urinaria. Los pacientes a menudo sienten que orinan constantemente y con urgencia. Pero, en general, quienes tienen esa reacción responden mejor al BCG desde el punto de vista del cáncer. Así que , si te sientes mal, creo que vale la pena, porque está funcionando. Lo que ocurre cuando recibes BCG es que te monitorizamos con frecuencia para ver si el cáncer ha reaparecido. ¿Está funcionando? Y si no funciona, existen otras terapias con intervesco que se pueden probar. Algunas están disponibles, otras no están en nuestro centro. O bien, te derivamos a una consulta con el grupo del Dr. Lelani . O te respetaríamos nuevamente y veríamos si hay algún tipo de profundidad de invasión que haya cambiado,

**Dr. Bill Evans** 23:44

Bien. Bueno, me alegra que hayamos retomado eso. Quizás también deberíamos, porque nos escuchan personas no médicas . Cuando hablamos de alto grado , ¿qué queremos decir realmente? Por ejemplo, ¿qué queremos decir cuando decimos alto grado versus bajo grado? ¿Qué es lo que ve el patólogo? Quizás, así que...

**Orador 2** 23:59

Creo que están mirando el número de núcleos y cómo

**Dr. Bill Evans** 24:03

se ven las células anormales . Están creciendo rápidamente. Si

**Orador 2** 24:08

Tienen un aspecto más anormal o están menos diferenciados, tienden a ser más agresivos, por lo que se utilizan ciertos marcadores para identificar si los pacientes probablemente desarrollarán metástasis o una mayor profundidad de invasión en comparación con un grado inferior, que seguirá siendo así, como un grano que reaparece en la vejiga y que simplemente se saca con una cuchara. Es decir, si se ignoran los de grado inferior, pueden crecer bastante y causar sangrado y obstrucción, impidiendo la micción. Así que no se deben ignorar, pero es poco probable que causen la muerte.

**Dr. Bill Evans** 24:43

Eso suena muy definitivo. Ahora bien, ¿qué más es definitivo? Hablabas de quimioterapia preoperatoria. Tenemos quimioterapia preoperatoria para estos cánceres invasivos de músculo que requieren una cistectomía. Entonces , todos… O para el urólogo como tú, Lorraine, que lo haga , y no solo se extirpa la vejiga en el momento de la cirugía, según tengo entendido. ¿Es correcto?

**Orador 2** 25:08

¿Correcto? Ya no realizo cistectomías porque he decidido que eso será menos frecuente en mi práctica. Los pacientes que se someten a cistectomías deberían acudir a cirujanos que las realicen con frecuencia, porque obtendrán mejores resultados. Cuanto más se haga, mejor. Así que cuando decidí no realizarlas, decidí apoyar a mis colegas que las realizan para que los pacientes puedan obtener mejores resultados. Pero cuando se contrata a un hombre con cáncer de vejiga que necesita ser extirpado, se extirpa toda la vejiga, la próstata. Y normalmente se toma un trozo de intestino delgado y se conecta a la pared del cuerpo para que la orina pueda salir a la bolsa, o se puede crear una vejiga NEO, que es una especie de esfera. Las manualidades son... En realidad, es bastante bonito de hacer. Lo extraño y lo conecto a la uretra para que puedas orinar. Es una cirugía muy grande. Y luego, por supuesto, extraen muchísimos ganglios linfáticos para asegurar que no haya propagación, lo cual es muy importante.

**Dr. Bill Evans** 26:08

Para una mujer, ¿qué es para una mujer?

**Orador 2** 26:10

¿Haciéndose una cistectomía? Entonces , se extirpa la vejiga, a menudo también el útero, así como un manguito vaginal. Entonces...

**Dr. Bill Evans** 26:19

Se trata de procedimientos importantes que conllevan una morbilidad significativa y tal vez incluso riesgo de muerte a causa de la cirugía.

**Orador 2** 26:27

Así es, es una cirugía altamente mórbida, creo que con una tasa de complicaciones del 30%, incluyendo infecciones, trombosis venosa profunda (TVP), embolia pulmonar (EP), coágulos en las piernas y en los pulmones. También se pueden presentar estenosis o cicatrices en el uréter, donde se conecta a dos partes donde se coloca. Se puede presentar íleo, lo que significa que el intestino tarda mucho en reactivarse después de la cirugía. A menudo, se pueden presentar diferentes problemas. Bueno,

**Dr. Bill Evans** 26:59

Tuviste mucha razón al hablar de este tipo de cirugías, donde se realizan muchas, porque es cierto que en cirugía, cuanto más se realiza una, mejor se realiza. Así que , para cualquiera que esté escuchando y esté programado para una cirugía o conozca a alguien que pueda estarlo, es realmente importante acudir a un lugar como el Instituto de Urología St. Joe's, donde hay personal que las realiza constantemente. Si nos escuchas desde cualquier parte del mundo, es fundamental que te asegures de contactar con personas que no solo se sometan a una cirugía de vez en cuando, porque no se trata de una cirugía importante ni de gran envergadura, y se necesita a alguien muy competente para realizarla, y no solo al cirujano, sino también al equipo que lo respalda, durante el posoperatorio, para garantizar una recuperación adecuada. Así que todo esto es muy importante, y al someterse a una cirugía mayor, es tan importante contar con un equipo a su alrededor como al recibir terapia sistémica. Los medicamentos que usamos hoy en día son cada vez más interesantes, pero complejos y tienen efectos secundarios únicos. No muchas personas presentan lo que llamamos cáncer de vejiga en etapa cuatro, pero tampoco es cero. Según las estadísticas, vi que aproximadamente un 8% presenta lo que llamamos enfermedad en etapa cuatro, lo que, supongo, no sería directamente relevante para un oncólogo. Sí,

**Orador 3** 28:23

En general , sí, y aquí es donde nuestra clínica de vejiga resulta muy útil. Como mencioné, sé que llegaremos a la etapa cuatro, pero para aquellos pacientes que se han sometido a cirugía y que pueden o no haber recibido quimioterapia previa, podría haber algunos hallazgos en esa muestra patológica. Por lo tanto , al analizar el tejido para determinar el tamaño o la etapa del cáncer y la afectación de los ganglios linfáticos, podría haber una razón para que las personas reciban terapia adyuvante, que es una póliza de seguro que reduce la probabilidad de reaparición en forma de inmunoterapia. Así que hay pacientes, y aquí es donde nuestra clínica de vejiga es de gran ayuda. Quienes podrían pasar la posta del cirujano al oncólogo médico para la quimioterapia, de regreso al cirujano, obviamente, para realizar el tratamiento definitivo con intención curativa, y luego de vuelta al oncólogo médico para administrar inmunoterapia después de la cirugía, todo en lo que llamamos entorno perioperatorio. Estoy totalmente de acuerdo con lo que dice. Asegúrese de que su equipo, con amplia experiencia en cáncer de vejiga, esté atento a sus necesidades . Desafortunadamente, algunos de esos pacientes, a pesar de todos nuestros mejores esfuerzos, en algún momento en el futuro, el cáncer regresa o, como usted mencionó, podrían presentarse por primera vez, incluso con sangrado o dolor, y diagnosticarse con un cáncer diseminado. Y, en conjunto, ya sea que se desarrolle localmente y se disemine o que haya comenzado a diseminarse, es lo que llamaríamos enfermedad avanzada o en estadio cuatro. Y esto ha cambiado mucho. Sigo creyendo que la participación de todas las partes interesadas es fundamental. A menudo, estos pacientes cuentan con un urólogo oncólogo que puede ayudarlos, incluso si surgen complicaciones o si la respuesta es sobresaliente. A continuación, se deriva al oncólogo radioterapeuta para que alivie cualquier dolor en una zona que pueda tratarse. Pero, en general, es principalmente el oncólogo médico quien recibe ayuda. Pacientes con enfermedad avanzada. Durante muchos años, la quimioterapia fue la principal herramienta de primera línea. Esto mejoró un poco hace unos años, cuando demostramos que si se recibe quimioterapia y el cáncer se mantiene estable o disminuye, se puede añadir inmunoterapia. Y ahora , de hecho, hemos revolucionado por completo los 50 años de lucha contra el cáncer de vejiga al implementar la inmunoterapia combinada y los conjugados de anticuerpos y fármacos como tratamiento de primera línea. Así que ...

**Dr. Bill Evans** 30:27

Tengo que explicar el conjugado anticuerpo-fármaco. Disculpen, pero se reduce a que mi público lo entienda.

**Orador 3** 30:33

tú Sabes , es realmente genial . Si piensas en la forma de un anticuerpo y sus componentes, uno busca un objetivo. Se administra por vía intravenosa y busca algo. En el cáncer de vejiga, cáncer urotelial, se trata de la nectina cuatro, una proteína ampliamente expresada en las células uroteliales. Es una proteína presente en la célula. A veces se superpone con algunas células cutáneas, pero en general es un buen marcador para el cáncer de vejiga. Este anticuerpo busca eso en el cuerpo. Ese anticuerpo está unido a una molécula transportadora. Esa molécula transportadora contiene un fármaco que, una vez encontrado el objetivo , libera en la célula. Y esa mochila consiste en quimioterapia, ya sabes, en diferentes formas, pero puedes imaginar, y hablaremos de este tratamiento en particular , pero puedes imaginar, hay diferentes dianas con diferentes enlazadores y diferentes mochilas. Y luego mi otro sombrero es el desarrollo de fármacos. Estamos pensando en muchas cosas que podemos hacer, pero de forma muy simple y para el mapa, bedotin busca nectina y administra quimioterapia cuando encuentra esas células llamadas MMA. Y es muy, muy genial. Así que , ya sabes, técnicamente es una forma de quimioterapia, pero tiene diferente tolerancia, también se administra a través de un IB y, lo que es más importante, para cánceres en etapa cuatro, combinada con inmunoterapia llamada pembrolizumab, de la que creo que probablemente tus oyentes y espectadores ya han oído hablar, pero que ahora es el tratamiento de primera línea para un cáncer de vejiga diseminado. Es

**Dr. Bill Evans** 32:08

Un desarrollo notable con todos esos diferentes componentes, y me encanta cómo lo describiste, como la mochila que contiene la quimioterapia que se aplica. Es una explicación clara y comprensible para los pacientes, porque esto no es algo sencillo para quienes no tienen formación médica. Así que sí,

**Orador 3** 32:28

OMS ¿ Lo conoces ? Comprenderlo, acostumbrarse y luego explicarlo con un lenguaje comprensible para los pacientes, en lugar de solo folletos, lleva tiempo.

**Orador 2** 32:38

¿Eso significa que, si lleva esa mochila y ese rastreador, no afecta al resto del cuerpo, sino solo al cáncer? Sí.

**Orador 3** 32:44

Aquí es donde la cosa se pone realmente técnica, porque, sí, diríamos que se tolera mejor en general que la quimioterapia con cisplatino, lo cual es genial, pero, por usar un término que algunos oyentes podrían entender , es un poco como el napalm, en el sentido de que se extiende por todas partes y es rápido de combatir, ¿verdad? Mientras que este tratamiento se dirigiría a esas células, el problema, como mencioné, es que también se dirige a las células cutáneas, por lo que, como era de esperar, puede causar algunas reacciones cutáneas, que pueden ser leves. Sin embargo, es responsabilidad del médico que lo administra comprender que, al parecer, hay mucha acumulación en estas células cutáneas. Eso podría significar que el medicamento está funcionando bastante bien, pero debemos ayudar al paciente a asegurarnos de que no se convierta en una erupción cutánea muy grave o extendida. Otro aspecto que estos tratamientos pueden afectar es la neuropatía, o una sensación de hormigueo , pero también el desempeño del personal de enfermería. Eso es muy importante . Cuando piensas en un grupo de edad que podría tener entre 70 y 80 años, pienso en la neuropatía sensorial, la función motora, pero también la autonómica. Cuando te pones de pie y te equilibras, eso también es muy importante . Así que la piel, diría yo, los nervios, e incluso diría que otros aspectos que buscamos son cómo se metaboliza y cómo afecta un poco al hígado. Por eso, queremos asegurarnos de que nuestros pacientes puedan ser diabéticos. ¿Cómo es? su control de glucosa en sangre y cómo son ¿ Su función hepática ? En general, diría que se tolera mejor, pero hay que estar atento a algunos de estos efectos secundarios importantes.

**Dr. Bill Evans** 34:09

Siempre estás usando la inmunoterapia con la combinación de anticuerpos y fármacos.

**Orador 3** 34:16

Ahora hay datos al respecto. Pero, como bien saben, el desarrollo del fármaco habría comenzado con este conjugado anticuerpo-fármaco . El primer desarrollo se produjo cuando ya se había utilizado todo lo demás, es decir, después de la quimioterapia y la inmunoterapia, y entonces se utilizó el fármaco único, el conjugado anticuerpo-fármaco, llamado fortumab . Pero ahora se ha desarrollado más temprano, en el contexto metastásico o en estadio cuatro, para ser la primera opción disponible para los pacientes . Y tenemos mucha suerte de que esté aprobado en muchas partes del mundo, como EE. UU., Canadá y otros lugares, y esté disponible. Lo estamos utilizando actualmente.

**Dr. Bill Evans** 34:50

Entonces, estás involucrado en el desarrollo de fármacos. ¿Dónde crees que estaremos en 10 años? Sí.

**Orador 3** 34:58

Es, es genial. Así que Si analizamos un programa de investigación completo y lo resumimos en pocos minutos, diría que hay dos áreas que están cambiando. Una es cómo entendemos el tejido que obtenemos del cáncer de vejiga y qué impulsa el cáncer. Esto se conoce como fundamentos moleculares del cáncer. A veces, ciertos receptores, como el receptor del factor de fibroblastos o fgfr , se regulan positivamente en el cáncer de vejiga. Ahora tenemos tratamientos para eso. El mecanismo clave es clave. Si encontramos esa clave, podemos introducir una clave específica y, por lo tanto, estamos evaluando a los pacientes para detectarla. Esto es realmente importante . Creo que estamos considerando incorporar otros conjugados de anticuerpos y fármacos, con diferentes dianas y diferentes métodos para el cáncer de vejiga. Y luego, diría que la verdadera evolución podría ser simplemente cómo usar todos estos métodos correctamente en las etapas iniciales de la enfermedad. Hablamos del cáncer de vejiga con invasión muscular, donde los pacientes aún pueden curarse, pero les administramos algún tratamiento previo; mencioné la quimioterapia. ¿A que no lo sabían? Ya existen tratamientos, considerando quimioterapia más inmunoterapia antes de las cirugías. Estamos esperando la aprobación canadiense, y casi tan pronto como la tengamos, ¿adivinen qué? Se publicarán los resultados de los ensayos que mostrarán la inmunoterapia más los conjugados de anticuerpos y fármacos antes de la cirugía. Así que esos datos se están publicando, para que puedan ver cómo vemos la evolución. Y es muy posible que si tenemos pacientes que alguien como Lorena o colegas nos envían para tratamiento neoadyuvante, si podemos administrar tratamientos intravenosos muy buenos, ¿qué pasaría si no solo no se propagara, sino que la enfermedad en la vejiga desapareciera? ¿Cuántos pacientes podrían experimentar una cirugía aún mejor o mantener su vejiga sana? Todos dicen, sí, es... Digo, necesitamos más herramientas disponibles y luego, ¿cuándo las usaremos? ¿Podemos usarlas en una etapa más temprana de la enfermedad? Y eso es lo realmente emocionante . Mi última propuesta es incluso el entorno no músculo- invasivo, donde los oncólogos médicos no participan. Ahora, como era de esperar, hay datos que demuestran que la inmunoterapia subcutánea o inyectable podría ser útil para el cáncer de vejiga no músculo- invasivo. Obtendremos más datos al respecto en congresos como las reuniones de la Asociación Americana de Urología (AUA) a finales de este año. Así que, ¿se imaginan si pudiéramos obtener inmunoterapia subcutánea inyectable incluso antes? Así podrán ver cómo avanza todo. Por eso, creo que es maravilloso estudiar el cáncer de vejiga y ayudar a los pacientes. Y creo que todas nuestras disciplinas están trabajando juntas.

**Dr. Bill Evans** 37:29

¿Ves algún cambio en el abordaje quirúrgico o diagnóstico desde tu perspectiva? Lorraine,

**Orador 2** 37:36

Bueno , creo que aún necesitamos un patólogo. Es decir, no vas a...

**Dr. Bill Evans** 37:39

quedar fuera del negocio, pero me di cuenta de esta técnica, todavía necesitamos

**Orador 2** 37:44

Para identificar el cáncer antes de tratarlo, y sin duda, tener ese tejido les ayuda a descubrir sus mecanismos de seguridad y, ya sabes , adónde enviar sus mochilas. Por eso , parte del proceso se adapta a cada paciente. Creo que, si tenemos un cáncer muy grande y agresivo, podríamos extraer la mayor parte y no profundizar tanto como para perforar la vejiga. No es necesario ser tan agresivo con la resección. Potencialmente, si logramos que sus cosas sean...

**Dr. Bill Evans** 38:10

Dependen de algunos de los desarrollos farmacológicos. El arenque, hombre, la otra cosa...

**Orador 3** 38:14

eso es Muy interesante , estoy de acuerdo. Creo que todos ustedes son oncólogos , lo que hacen, lo que pueden ver, es fundamental. Pero quizás algo que podría aportar a lo que están haciendo es si podemos analizar la sangre y encontrar células cancerosas microscópicas, es decir, ADN tumoral circulante. Nos interesa mucho eso, intentar incorporarlo al ecosistema de Hamilton y McMaster para estos pacientes. Pero ¿podemos hacer un análisis de sangre después de que alguien haya recibido tratamiento o incluso una cirugía, y asegurarle que no hay nada microscópico en la sangre? ¿Podrían evitar la inmunoterapia adyuvante? Como me encanta administrar estos medicamentos, pueden causar algunos efectos secundarios. ¿Y si supiéramos que hay algo en la sangre antes de que una tomografía computarizada lo muestre? Es algo muy interesante que creo que aún no está listo para usarse en la práctica diaria con nuestros pacientes, pero espero que tengan alguna esperanza de que esté a la vuelta de la esquina. Bueno,

**Dr. Bill Evans** 39:07

He escuchado muchas cosas alentadoras hoy, y creo que ha sido una conversación muy útil para quienes nos escuchan, sobre cómo se puede detectar el cáncer de vejiga, su tratamiento inicial y sus diferentes etapas. Pero me impresiona especialmente la rapidez con la que parece estar evolucionando gracias al uso de combinaciones de fármacos realmente prometedoras y la inmunoterapia. Es realmente fascinante. Están trabajando en un momento muy interesante. Es un buen momento para dedicarse a la medicina atendiendo una enfermedad como el cáncer de vejiga. Quiero agradecerles a ambos su tiempo y su experiencia, y por haber hablado conmigo sobre esto, con la esperanza de ayudar a quienes nos escuchan a comprender mejor y a asegurarse de recibir una buena atención, que es nuestra principal preocupación. Así que muchas gracias por su tiempo. Gracias.

39:53

Gracias por invitarnos.

**Orador 1** 39:58

Gracias por escuchar el podcast Cancer Assist. Encuentra más episodios, recursos e información en cancerassist.ca o sigue el programa de asistencia oncológica en Facebook, Twitter e Instagram. Gracias por escuchar.