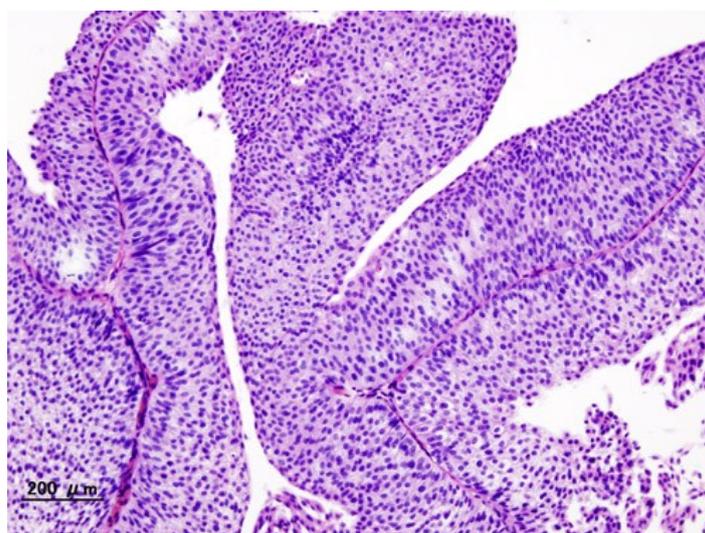


RCEME Bizkaia

# Cáncer de vejiga en Bizkaia. 1986-2012.

(ICD-O-III: C67)

Informe correspondiente al primer trimestre de 2016



Carcinoma urotelial (H&E)

# Cáncer de vejiga en Bizkaia

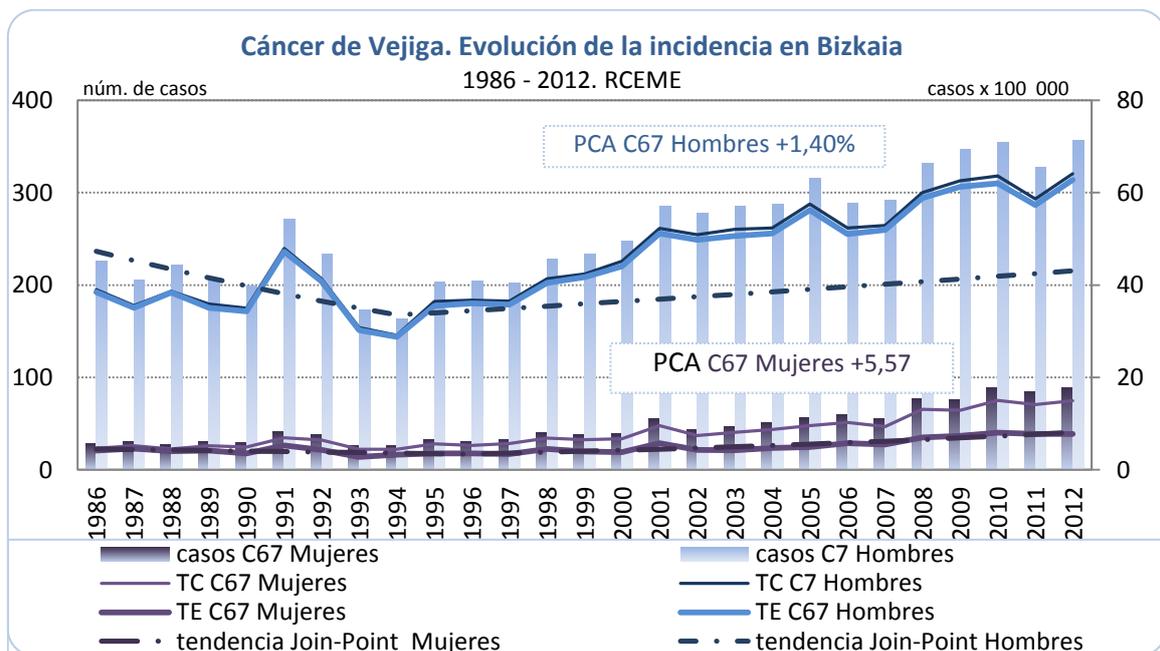
## INCIDENCIA

Desde el establecimiento del Registro de Cáncer de Euskadi (RCEME) hasta el último año con datos completos disponible, esto es, de 1986 a 2012, en la población de Bizkaia se han registrado 8234 cánceres de vejiga.

La distribución por sexos de éstos tumores malignos es la siguiente: 6961 (85%) se han diagnosticado en hombres, y 1273 (15%) en mujeres.

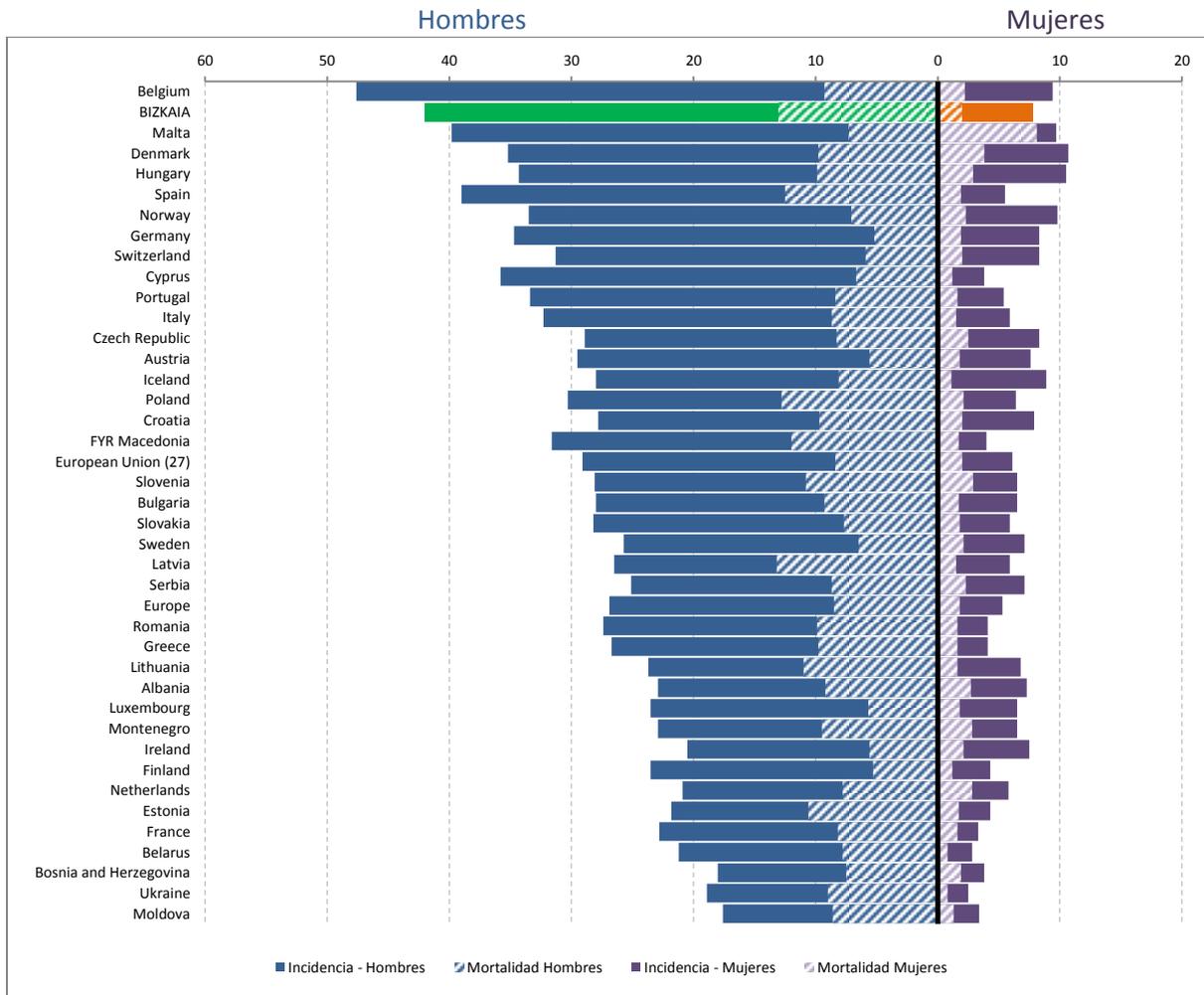
En Bizkaia los cánceres de vejiga representaron el 6% de todos los tumores malignos registrados en el año 2012; en hombres el 8% y en mujeres el 3%.

En 2012 la tasa cruda de incidencia en hombres fue de 64,05 casos/100.000 y de 14,96 casos/100.000 en mujeres. La evolución de la incidencia ha sido ascendente en ambos sexos: el Porcentaje de Cambio Anual (PCA) en hombres es de 1,40% desde 1995, y en mujeres de 5,57% desde 1996.



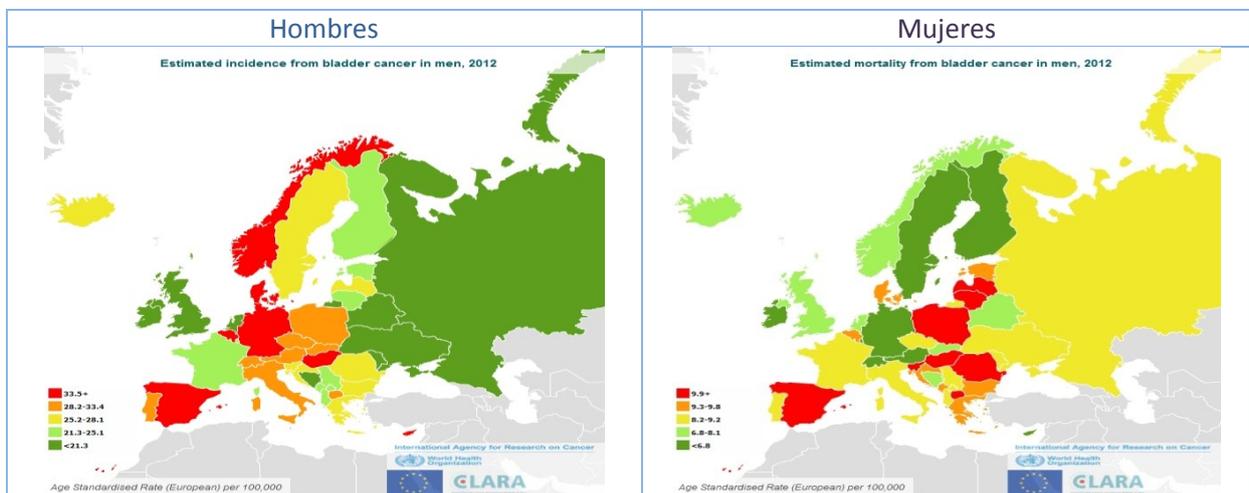
Se estandarizan las tasas a la población europea para establecer una comparación con otros países; la tasa estándar de Bizkaia es de 42,02 casos/100.000 habitantes en hombres y de 7,77 casos/100.000 en las mujeres. En las siguientes gráficas comparamos las tasas de Bizkaia con las de los países europeos.

**Incidenca de cáncer vejiga (C67).  
Tasa de los países Europeos y Bizkaia  
Tasas estandar por 100 000; todas las edades.**



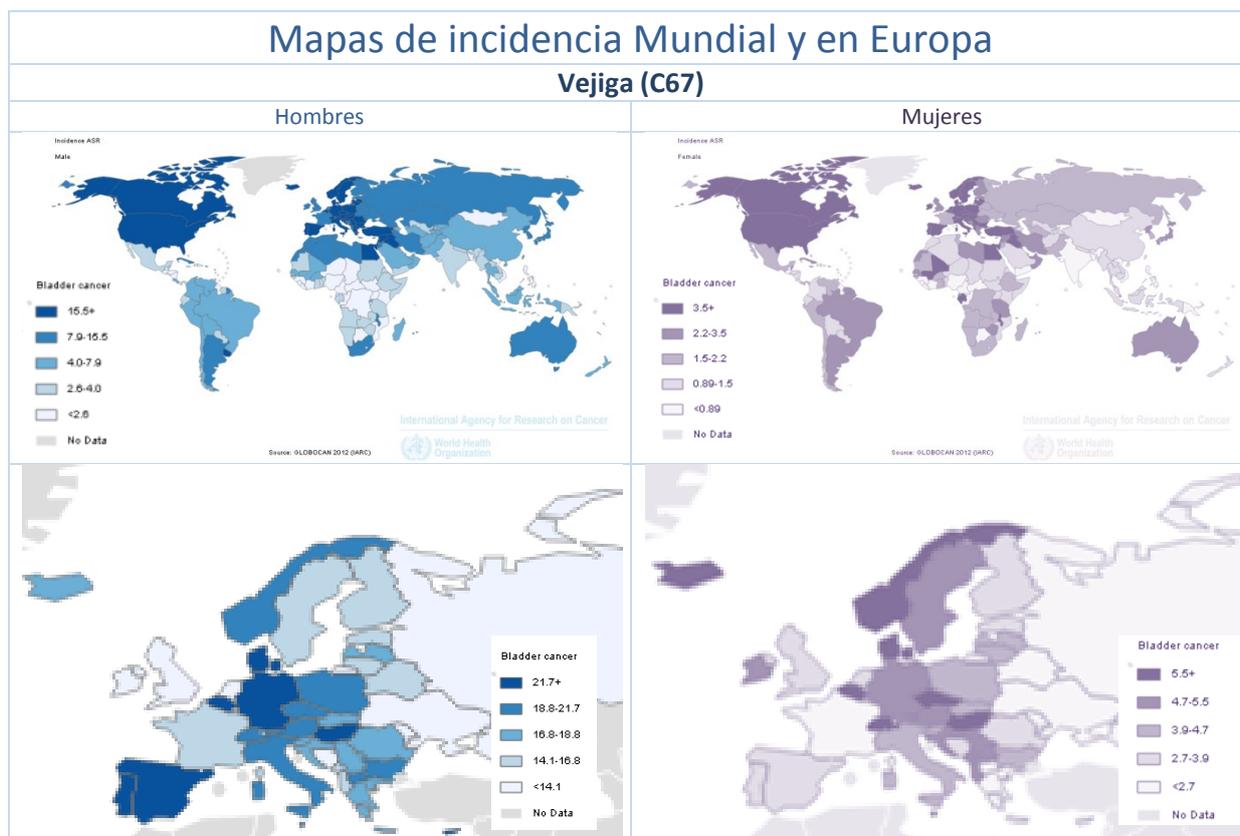
Fuente: EUCAN (OME). Proyecciones de incidencia para 2012. Población de referencia: Europa. Datos de Bizkaia: RCME (2012)

Los siguientes mapas muestran la distribución de la estimación de la incidencia de cáncer de vejiga en Europa (Estimaciones para el año 2012).



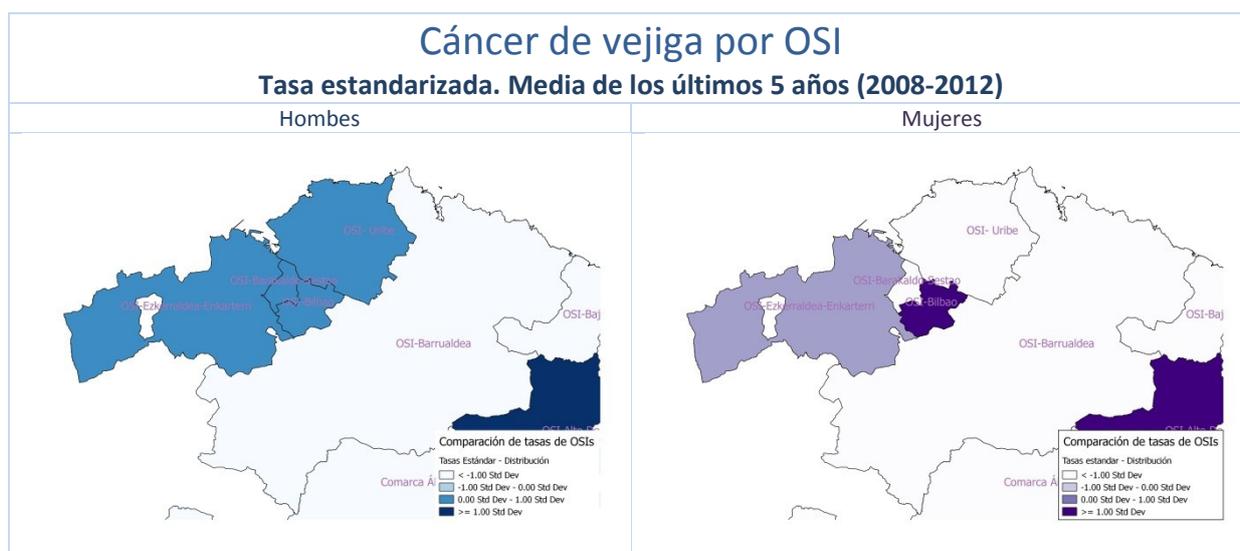
Fuente: EUCAN (OMS). Proyecciones de incidencia para 2012. Tasas Estandarizadas (Población de referencia: Europa).

Al ajustar las tasas de Bizkaia a la población mundial el resultado para las tasas del 2012 es de 27,38 casos por 100.000 en hombres y de 5,25 casos por 100.000 en mujeres. En los siguientes mapas las se muestran las tasas de incidencia por país.



Fuente: GLOBOCAN (OMS). Proyecciones de incidencia para 2012. Población de referencia: Mundial.

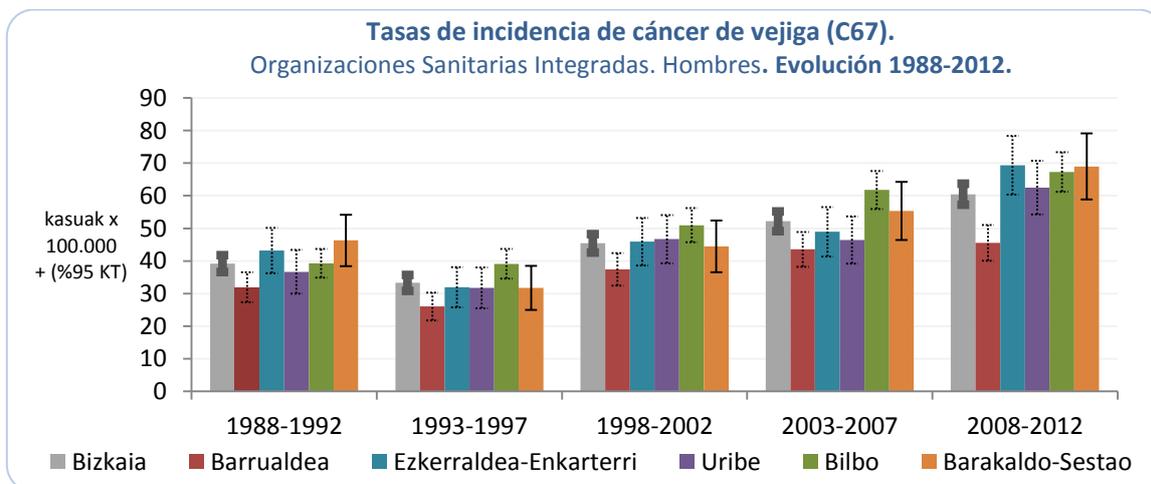
Para analizar la distribución espacial en la propia Bizkaia hemos calculado las tasas correspondientes a las Organizaciones Sanitarias Integradas. Al tratarse de cifras pequeñas, para suavizar la inestabilidad de las tasa hemos calculado las medias quinquenales, la correspondiente a los últimos años la representamos en los siguientes mapas.



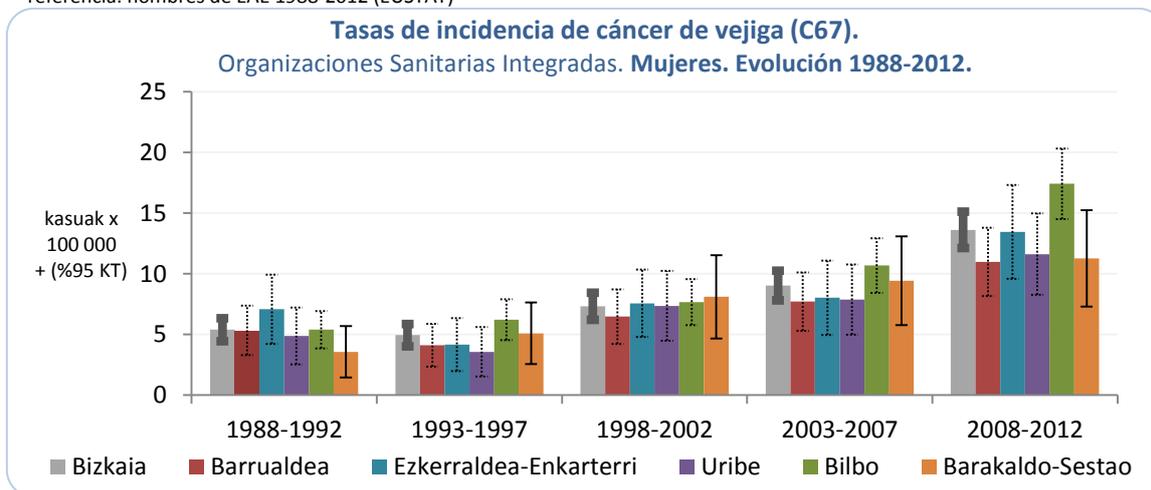
Fuente: RECEME. 2008-2012 medias anuales de las tasas estandarizadas. Población de referencia: CAPV

Para analizar la evolución de las tasas en las OSIs hemos empleado también las medias quinquenales, Como se observa en los siguientes gráficos la evolución a partir de los 90 ha sido ascendente, tanto en hombres como en mujeres. Al comparar tasas entre las OSIs la única diferencia significativa se

aprecia en las tasas correspondientes a la OSI Barrualde durante el último quinquenio (2008-2012); son significativamente menores que las del resto de OSIs de Bizkaia. Entre las tasas de las mujeres destacan las de la OSI Bilbao durante el último período, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

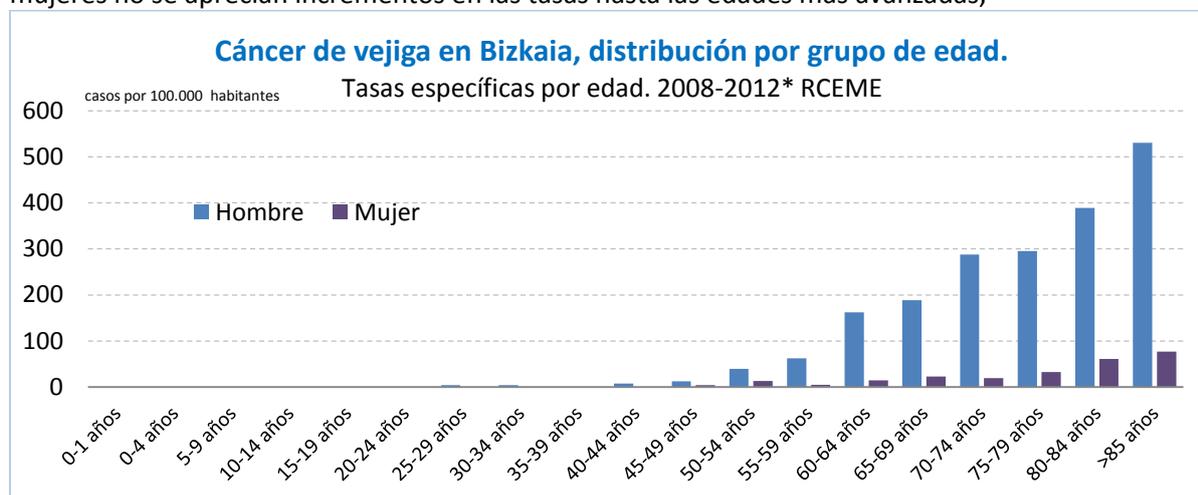


Datos del Registro de Cáncer de Euskadi -RCEME -; Tasa  $\pm$  IC95%; Tasas estandarizadas, medias quinquenales: población de referencia: hombres de EAE 1988-2012 (EUSTAT)



Datos del Registro de Cáncer de Euskadi -RCEME -; Tasa  $\pm$  IC95%; Tasas estandarizadas, medias quinquenales: población de referencia: hombres de EAE 1988-2012 (EUSTAT)

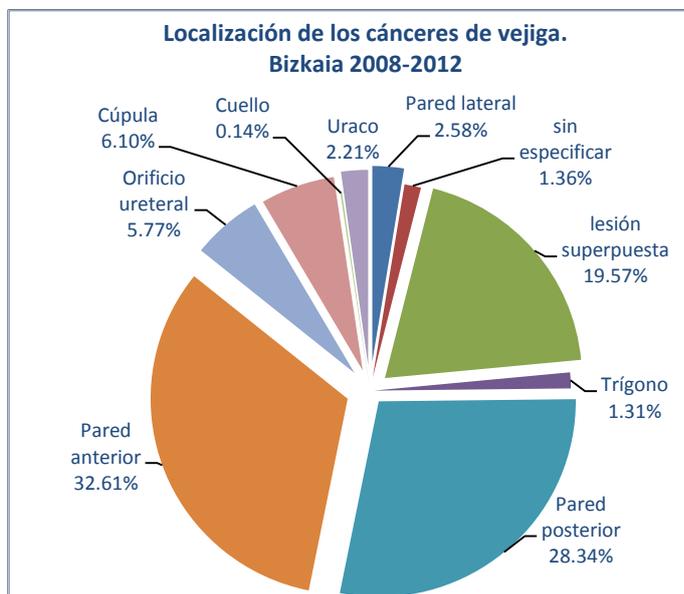
En el siguiente gráfico mostramos la distribución por grupos de edad quinquenales. Las tasas específicas de los hombres aumentan progresivamente con la edad a partir de los 50 años. En las mujeres no se aprecian incrementos en las tasas hasta las edades más avanzadas,



\*Tasas específicas por grupo de edad, media de las tasas específicas correspondientes a los últimos cinco años registrados.

## TOPOGRAFÍA

La ubicación topográfica se ha recogido con mayor precisión durante los últimos años de registro, por ello obviamos los datos de años anteriores y reflejamos la distribución correspondiente al último quinquenio registrado.

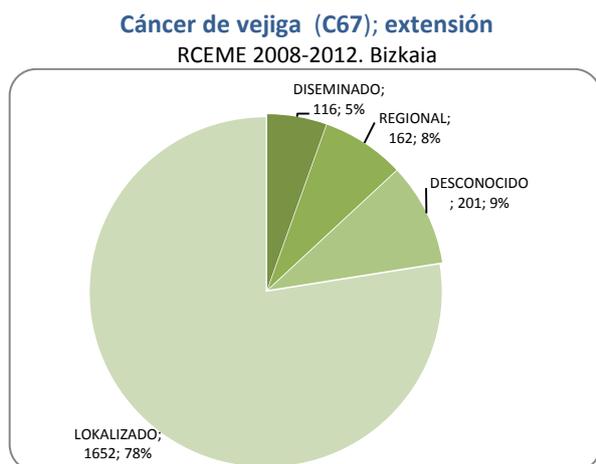


Entre los cánceres de vejiga registrados en Bizkaia por el RCEME, entre los años 2008 y 2012, más de la mitad están localizados en la pared anterior o la pared posterior de la vejiga; una quinta parte de los casos corresponden a lesiones superpuestas.

## EXTENSIÓN, DIFERENCIACIÓN Y MORFOLOGÍA TUMORAL

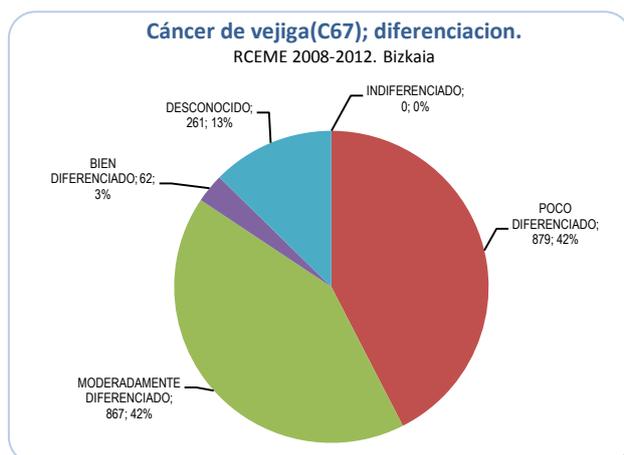
En el análisis de la extensión tumoral de estos tumores no tomamos en cuenta los *in situ*. En el Registro de Cáncer de Euskadi, RCEME, la información con respecto a la extensión tumoral se recoge a partir de 1995. Presentamos los datos del último quinquenio recogido que son los de mejor calidad de registro para estos datos.

### Extensión



Se ha analizado la información sobre extensión tumoral en cánceres de vejiga registrados a partir de 2008 hasta 2012. En el momento del diagnóstico el 78% de los tumores fueron localizados, esto es, que no superan los límites del órgano; en el 8% la extensión fue regional, es decir, que invade órganos vecinos, o ganglios regionales; el 5% diseminados, que presentan metástasis al diagnóstico; y en un 9% no se ha registrado la extensión.

## Diferenciación



En cuanto al grado de diferenciación, los grados más extremos son los que menos se han registrado, tanto los indiferenciados como los bien diferenciados representan un 3% de los casos cada uno.

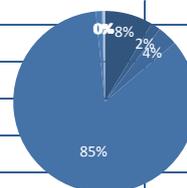
La mayor parte de los casos son moderadamente diferenciados o poco diferenciados, en cada una de estas categorías se han registrado un 41% de los casos. No se ha podido obtener el dato para el 12% de los casos.

## Morfología

La principal morfología registrada en los tumores de vejiga corresponde a los cánceres de células transicionales, el 85%; el 15% restante aparece registrado con otras morfologías. En la siguiente tabla especificamos las morfologías registradas desde 1986 a 2012.

### C67 morfologia. RCEME Bizkaia 1986-2012

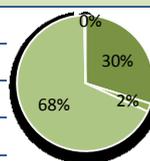
| C67 Vejiga urinaria                                      | 8237 | %     |
|--|------|-------|
| 800 Neoplasias, SAI                                      | 703  | 8.53  |
| 801-804 Neoplasias epiteliales, SAI                      | 140  | 1.70  |
| 805-808 Neoplasias de células escamosas                  | 293  | 3.56  |
| 812-813 Papilomas y carcinomas de células transicionales | 6969 | 84.61 |
| 814-838 Adenocarcinomas                                  | 88   | 1.07  |
| 844-849 Neoplasias quísticas, mucinosas y serosas        | 14   | 0.17  |
| 856-857 Neoplasias epiteliales complejas                 | 6    | 0.07  |
| 880 Sarcomas y neoplasias de tejidos blandos, SAI        | 5    | 0.06  |
| 889-892 Neoplasias Miomatosas                            | 8    | 0.10  |
| 893-899 Neoplasias complejas mixtas y estromales         | 10   | 0.12  |
| 912-916 Neoplasias de vasos sanguíneos                   | 1    | 0.01  |



Códigos CIE-O-3

Los papilomas y carcinomas de células transicionales se han registrado de acuerdo a la siguiente distribución:

| 812-813 Papilomas y carcinomas de células transicionales | 6969 | %     |
|--|------|-------|
| 81203 Carcinoma transicional                             | 2122 | 30.45 |
| 81223 Carcinoma transicional sarcomatoide                | 140  | 0.02  |
| 81303 Carcinoma papilar urotelial                        | 4820 | 69.16 |
| 81313 Carcinoma de células transicionales, micropapilar  | 20   | 0.003 |



Códigos CIE-O-3

## SUPERVIVENCIA

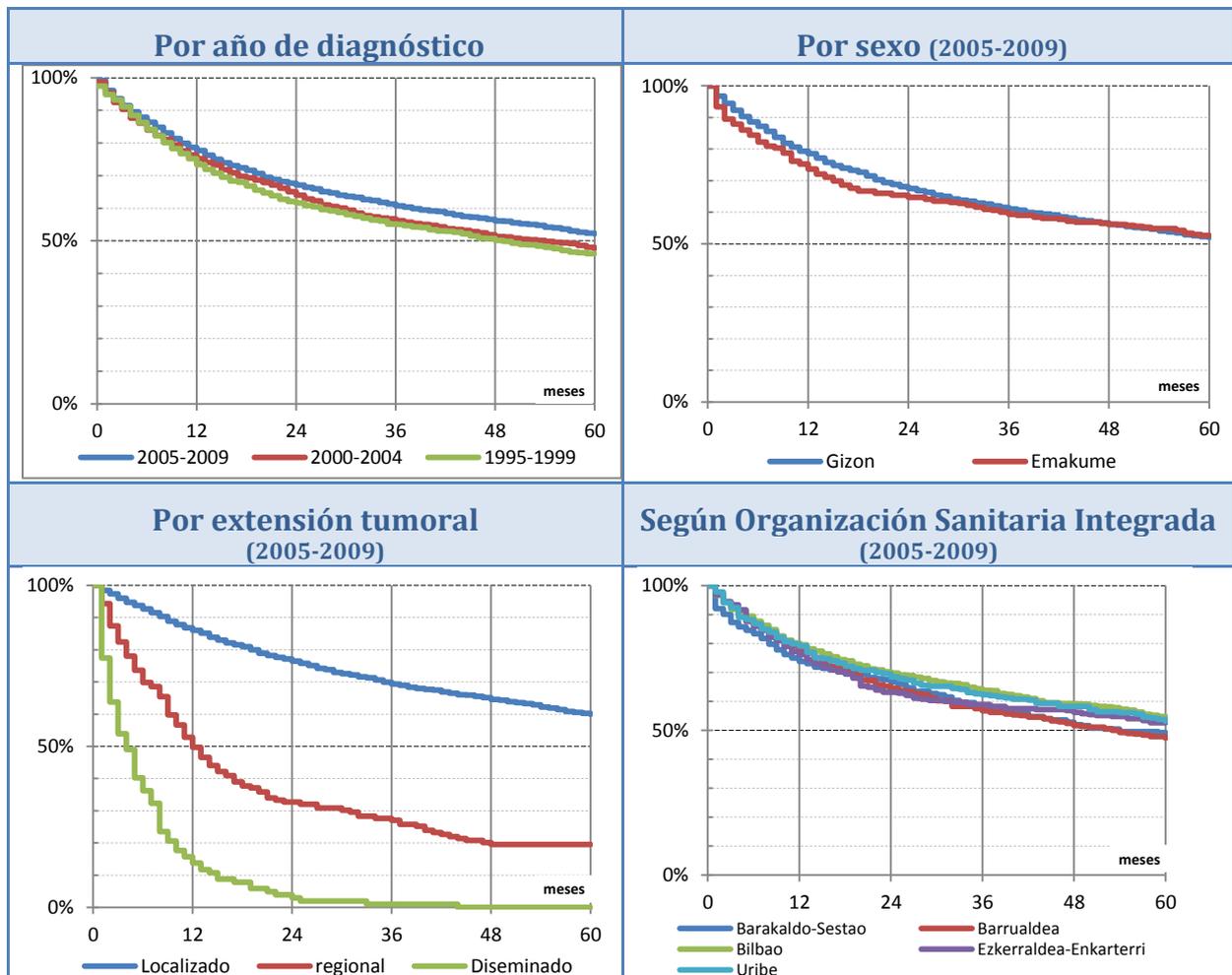
Se ha analizado la supervivencia incluyendo solo los casos con al menos 5 años de seguimiento. Los fallecimientos registrados no son causa-específicos, se recogen todos los fallecimientos independientemente de la causa.

La supervivencia a los 5 años durante los años analizados se sitúa algo por encima del 50%, muy parecida en ambos sexos. Al analizar los datos por año de diagnóstico la supervivencia mejora algo con el tiempo.

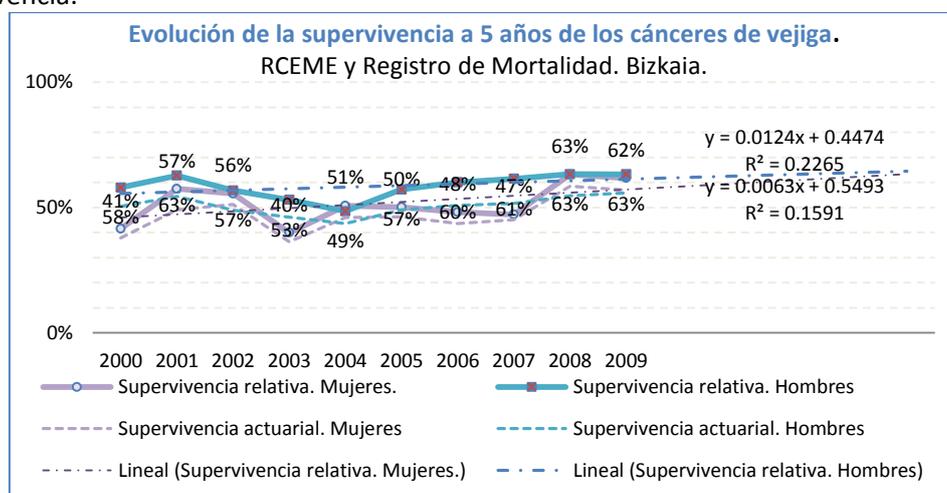
Al analizar la supervivencia según la extensión tumoral hay grandes diferencias; los diseminados no sobreviven a los 5 años, en los de extensión regional han sobrevivido el 20% a los 5 años y los localizados el 60%. No se aprecian diferencias por OSI.

### Cáncer de riñón. Supervivencia (Kaplan-Meier)

Bizkaia. RCEME. 1986-2006

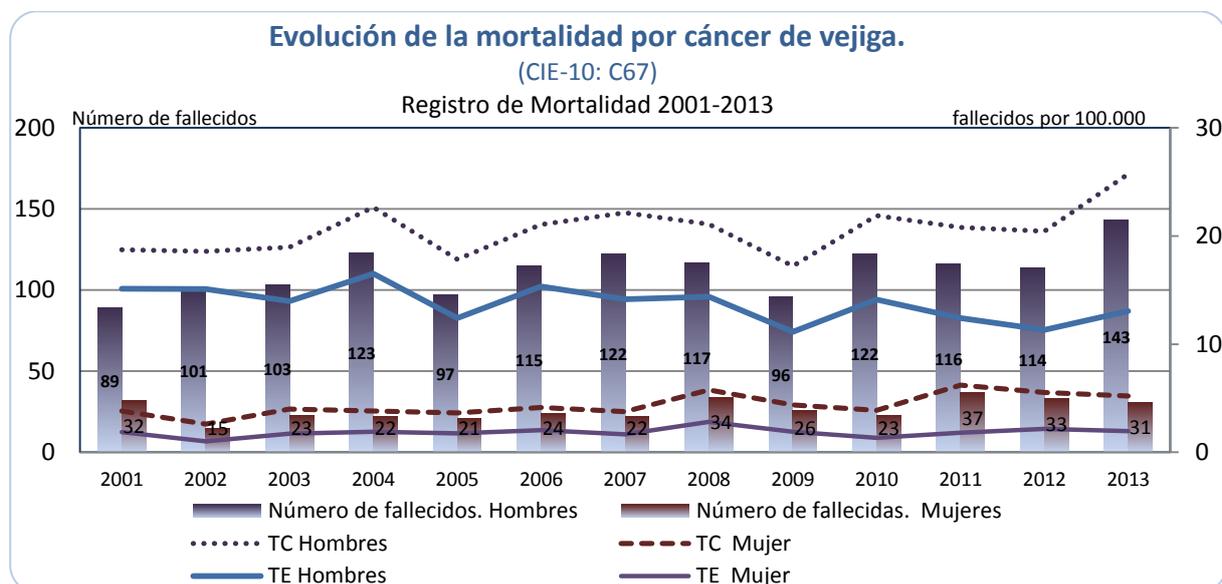


Hemos calculado la esperanza de vida actuarial y la relativa. Observamos la tendencia ascendente de la supervivencia.



## MORTALIDAD

En el gráfico mostramos los fallecimientos registrados por cáncer de vejiga con sus correspondientes tasas estandarizadas. La mortalidad se codifica con la CIE-10, se han seleccionado los fallecidos registrados con los siguientes códigos: C67.



TC: Tasa Cruda; TE: Tasa Estandarizada (referencia: Población Europea)

La mortalidad por cáncer de vejiga en hombres es, igual que la incidencia mayor que la de las mujeres. En la evolución temporal no se observan tendencias claras, se mantienen tasas estables.