

Versión Electrónica. Enero 2007

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Colectivo de Autores:

- **Cirugía: Dr. Jorge González Hernández, Dr. Antonio Bouzo López, Dr. Celestino Labori Cardas**
- **Radioterapia: Dr. Jorge Rodríguez Machado**
- **Oncología Médica: Dr. Fernando Areces Delgado**

INTRODUCCION:

El cáncer de la próstata es el tipo de cáncer más común entre los hombres. Uno de cada cinco hombres será diagnosticado con cáncer de la próstata durante el curso de su vida y uno de cada 33 hombres morirá a causa de esta enfermedad.

La mayoría de los cánceres de la próstata ocurre en los hombres de edad avanzada y crece muy lentamente. Tratar a los hombres con cáncer de la próstata puede ayudarles a vivir más tiempo y a prevenir o aliviar los síntomas. Sin embargo, ofrecer tratamiento no es siempre la opción apropiada para todos los casos. Una razón por lo cual el cáncer de próstata resulta confuso para los médicos es lo difícil que resulta identificar cuáles pacientes se beneficiarían del tratamiento y cuáles serán afectados por los efectos adversos secundarios al tratamiento sin beneficios en la supervivencia.

Es una enfermedad fundamentalmente del hombre mayor de 65 años, aunque la incidencia en hombres entre 50 y 59 años ha aumentado sustancialmente, especialmente en hombres de la raza negra.

El cáncer prostático es el único tumor sólido que existe en dos formas:

- 1- Forma histológica o latente 30% en mayores de 50 años
- 2- Forma clínica evidente 60 – 70 % en mayores de 80 años

SISTEMATICA DIAGNOSTICA:

A. Anamnesis:

1. Antecedentes patológicos familiares de cáncer prostático.
2. Aunque el cáncer de próstata por lo general no presenta síntomas por varios años. Cuando éstos se presentan, la enfermedad puede haberse diseminado más allá de la próstata. Los síntomas podrían consistir en:
 - Polaquiuria diurna y nocturna.
 - Hemospermia.
 - Hematuria.

B. Examen Físico.

1. Examen Digital Rectal (EDR).
Del 10 al 20 % de los cánceres palpables tienen Antígeno Prostático Específico. (PSA) normales.

C. Exámenes complementarios de Laboratorio:

- Antígeno Prostático Específico (PSA).

Tipos: Total, Conjugado y Libre. De gran valor en el diagnóstico. La mayoría de los tumores prostáticos lo expresan. Reduce el número de biopsias necesarias. Cifra normal de 0 a 4 ng/ml. El 15 % de los cánceres detectados con cifras entre 3 y 4 ya tienen crecimiento extracapsular.

Limita el diagnóstico.

PSA entre 2.5 y 4 ng/ml 25% de probabilidad de cáncer.

PSA entre 4 y 10 ng/ml 35% de probabilidad de cáncer.

PSA mayor de 10 ng/ml 67 % de probabilidad de cáncer

Importante en el seguimiento.

D. Estudios Imagenológicos:

- Ultrasonido Transrectal (UTSR). Ofrece certeza en el volumen prostático. Es una excelente guía para la toma de biopsias. Útil para el estadiamiento regional.
- Gammagrafía Ósea . Indicada con PSA > 20 ng/ml.
- Resonancia Magnética Nuclear .

E. Estudios de Anatomía Patológica:

- Biopsia (Ecodirigida). Biopsia por sextantes.

F. Algoritmo Diagnóstico por Estadios:

- Si el EDR es patológico cualquiera que sea el valor del PSA se realizará biopsia transrectal ecodirigida.
- Si el EDR es normal el seguimiento depende del PSA.
 - Si el PSA es menor de 4 ng/ml : control anual con EDR y PSA.
 - Si el PSA está entre 4 y 10 ng/ml : se obtiene índice de PSA libre / PSA total :
 - si el índice es mayor de 18 ng/ml : control cada 6 meses con EDR y PSA
 - si el índice es menor de 18 ng/ml : biopsia transrectal ecodirigida .
 - Si el PSA es mayor de 10 ng/ml : biopsia transrectal ecodirigida .
- Biopsia positiva : estadiamiento .
- Biopsia negativa: control cada 6 meses con EDR y PSA .

TRATAMIENTO POR ESTADIOS.

El tratamiento en cáncer prostático se planifica según la categoría del T:

Tumores clasificados como T1.

Pacientes con T1a :

- Control cada 6 meses con EDR y PSA .

Pacientes con T1b o T1c :

- Expectativa de vida, menor de 10 años y asintomático : Observación .
- Expectativa de vida , menor de 10 años y sintomático : Tratamiento :
 - Paciente menor de 80 años : Prostatectomía Radical o Radioterapia .

- Paciente mayor de 80 años : Hormonoterapia .
- Expectativa de vida de mas de 10 años :
Prostatectomia Radical o Radioterapia para pacientes con bajo riesgo de recaída:
 - Radioterapia externa conformacional con acelerador lineal. Campos que incluyan vesículas seminales y próstata. Dosis 70-74 Gy.
 - Radioterapia externa con Co 60. Técnica en caja. Campos que incluyan vesículas seminales y próstata. Límite de los campos : borde superior unión S1-S2. Dosis 66-70 Gy.

Tumores clasificados como T2.

Pacientes con T2 a:

- Expectativa de vida mas de 10 años : Prostatectomia Radical o Radioterapia para pacientes de Alto Riesgo de Recaída:
 - Radioterapia externa conformacional con acelerador lineal, campos que incluyan ganglios pélvicos, vesículas seminales y próstata (en su 1ra fase) Dosis 45 Gy. Campos que incluyan vesículas seminales y próstata, Dosis hasta 76Gy.
 - Radioterapia externa con Co 60 : técnica en caja. Campos que incluyan ganglios pélvicos, vesículas seminales y próstata. 1ra fase, dosis de 45 Gy. Campos que incluyan vesículas seminales y próstata, completar dosis hasta 66-70 Gy.

Pacientes con T2b o T2c :

- Expectativa de vida, menor de 10 años y asintomatico : Observacion.
- Expectativa de vida , menor de 10 años y sintomatico : Tratamiento .
 - Paciente menor de 80 años : Radioterapia para pacientes con alto riesgo de recaída asociada con Hormonoterapia Neoadyuvante por 3 o 6 meses .
 - Paciente mayor de 80 años : Hormonoterapia .
- Expectativa de vida mayor de 10 años:
 - Prostatectomia Radical
 - Radioterapia para pacientes con alto riesgo de recaída asociada con Hormonoterapia Neoadyuvante por 3 o 6 meses .

Pacientes con T3:

- Paciente menor de 80 años : Hormonoterapia por 6 meses.
 - Si buena respuesta local y expectativa de vida de mas de 10 años:
 - Radioterapia para pacientes con alto riesgo de recaída.
 - Prostatectomia Radical en casos muy seleccionados .
 - Si mala respuesta local o expectativa de vida de menos de 10 años:
 - Hormonoterapia definitiva .
 - Radioterapia similar a la de pacientes con bajo riesgo de recaída en casos seleccionados .
- Paciente mayor de 80 años: Hormonoterapia definitiva .

TRATAMIENTO HORMONAL EN ESTADIOS AVANZADOS.

- El tratamiento hormonal definitivo esta indicado en :
 - Cualquier T en las siguientes condiciones :
 - . Contraindicación para la cirugía o la radioterapia .
 - . Pacientes con APE mayores de 50 ng/ml .
 - . Tumores T4 o con N1, N2 ,N3 o M1 .
- El tratamiento hormonal puede ser :
 - Bloqueo Maximo Completo : Orquiectomia bilateral mas Antiandrógenos o Analogos de la hormona LHRH mas Antiandrogenos .
 - Bloqueo Parcial o Monoterapia : Orquiectomia bilateral , Analogos de la hormona LHRH o Antiandrogenos .

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO:

- **Complicaciones Obstructivas Infravesicales o Ureterales :**
 - Reseccion transuretral de la prostata (RTU desoestructiva) .
 - Derivaciones Urinarias .
 - Radioterapia paliativa a la prostata .

- **Prevención y/o tratamiento de eventos esqueléticos :**

- Bifosfonatos (Acido Zoledronico)
- Radioterapia de las metastasis .

- **Progresión :**

Ante la progresión durante el tratamiento hormonal se pueden plantear las siguientes manipulaciones hormonales:

- Supresión del Antiandrógeno por 3 meses y evaluar .
- Cambio del Antiandrogeno .
- Estrógenos .
- Drogas de segunda línea (Ketoconazol)
- Considerar la hormono-resistencia.

HORMONORRESISTENCIA .

En fase de Hormono-resistencia:

- Quimioterapia .
 - Mitoxantrone 12 mg/ m² dia 1 y Prednisona 5mg cada 12 horas dia 1 al 21 cada 3 semanas por 10 ciclos con intención de paliación de síntomas.
 - En resistencia o progresión evaluar: Docetaxel 75 mg/m² cada 3 semanas, con o sin Prednisona, por 6 a 10 ciclos, con intención de paliación de síntomas y prolongación de supervivencia.

- Incorporación a ensayos clínicos

ANEXO I

CLASIFICACION TNM

Tumor primario (T)

- TX: Tumor primario no puede ser evaluado
- T0: No hay prueba de tumor primario
- T1: Tumor clínicamente no aparente, no palpable ni visible mediante imágenes
 - T1a: Descubrimiento histológico incidental del tumor en 5% o menos del tejido resecado
 - T1b: Descubrimiento histológico incidental del tumor en más del 5% del tejido resecado
 - T1c: Tumor identificado por biopsia de aguja (por ejemplo, a causa de APE elevado)
- T2: Tumor confinado dentro de la próstata.
 - T2a: El tumor afecta una mitad del lóbulo o menos
 - T2b: El tumor afecta más de la mitad de un lóbulo pero no ambos lóbulos
 - T2c: El tumor afecta ambos lóbulos
- T3: El tumor se extiende a través de la cápsula prostática
 - T3a: Extensión extracapsular (unilateral o bilateral)
 - T3b: El tumor invade la(s) vesícula(s) seminal(es)
- T4: El tumor está fijo o invade estructuras adyacentes distintas a las vesículas seminales: el cuello de la vejiga, el esfínter externo, el recto, los músculos elevadores o la pared de la pelvis

Ganglios linfáticos regionales (N)

- NX: Ganglios linfáticos regionales no fueron evaluados.
- N0: No existe metástasis ganglionar linfática regional.
- N1: Metástasis en ganglios linfáticos regional.

Metástasis a distancia (M)

- MX: Metástasis a distancia que no puede ser evaluada (no evaluada por modalidad alguna)
- M0: No hay metástasis a distancia
- M1: Metástasis a distancia
 - M1a: Ganglio(s) linfático(s) no regional(es)
 - M1b: Hueso(s)
 - M1c: Otro(s) sitio(s) con enfermedad ósea o sin esta

ANEXO II

CLASIFICACION HISTOLOGICA.

- GX: El grado no puede evaluarse
- G1: Bien diferenciado (anaplasia leve) (Gleason 2-4)
- G2: Diferenciado moderadamente (anaplasia moderada) (Gleason 5-6)
- G3-4: Diferenciado pobremente o no diferenciado (anaplasia marcada)
- (Gleason 7-10)

ESTADIOS DE LA AJCC

- Estadio I
T1a, N0, M0, G1
- Estadio II
T1a, N0, M0, G2, Gleason 3-4
T1b, N0, M0, cualquier G
T1c, N0, M0, cualquier G
T1, N0, M0, cualquier G
T2, N0, M0, cualquier G
- Estadio III
T3, N0, M0, cualquier G
- Estadio IV
T4, N0, M0, cualquier G
Cualquier T, N1, M0, cualquier G
Cualquier T, cualquier N, M1, cualquier G