

 Enfermería

CÁNCER DE PRÓSTATA GPC

Juan Camilo Ospina

Especialista en Urología

Jefe de Urología

Clínica del Country – Clínica la Colina



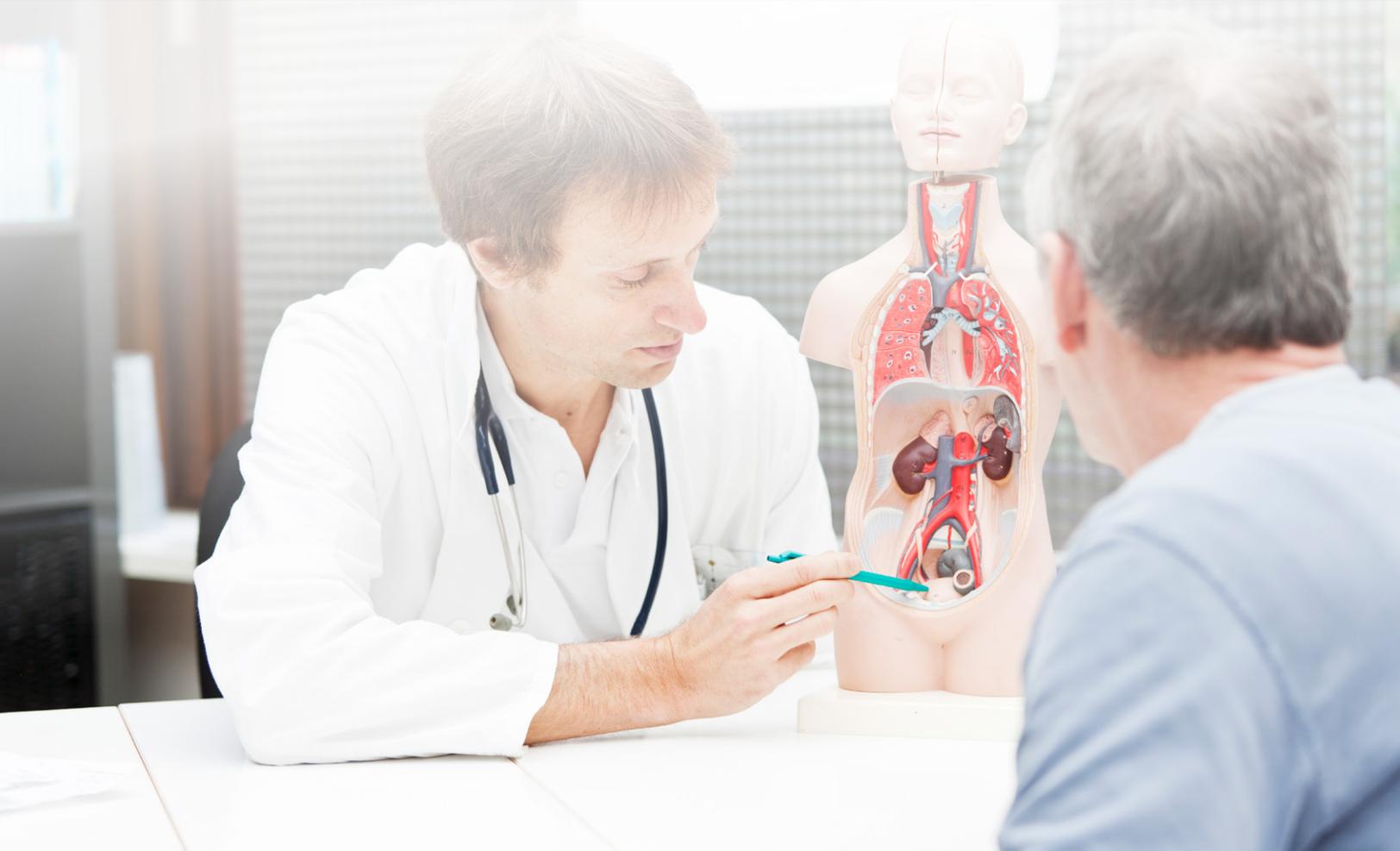
INTRODUCCIÓN (OBJETIVO, ALCANCE E IMPORTANCIA)

El cáncer de próstata es uno de los principales desafíos de la atención en salud a nivel mundial. Esto debido al aumento en el diagnóstico secundario al tamizaje sistemático mediante el antígeno prostático específico (PSA) y al envejecimiento de la población (1). Este tipo de cáncer es el segundo más común en el mundo (después del de pulmón) y es la quinta causa de muerte por cáncer en hombres (9,3 % del total de muertes masculinas en 2018) (2). De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos,

al momento del diagnóstico 78 % de los casos son localizados, 12 % se han extendido a ganglios regionales, 5 % tienen metástasis, y en el 4 % esto es desconocido. La tasa de supervivencia relativa a 5 años es de 100 % para los casos de enfermedad localizada y de 30 % para los de enfermedad metastásica (3).

En Colombia, es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la población general (después del cáncer de mama) y el primero en hombres; además constituye la segunda causa de muerte por

cáncer en el sexo masculino (2). No existe ningún estudio nacional que evalúe el impacto económico de esta neoplasia, pero se encuentra dentro de las patologías de alto costo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Aunque no hay datos fiables en nuestros pacientes sobre el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, se sabe que la incidencia de enfermedad avanzada es mayor que la reportada a nivel mundial, por lo que es de esperarse que la carga económica para el país sea también mayor.





En cuanto a los factores de riesgo, se sabe que el cáncer de próstata es (en la mayoría de los casos) una enfermedad multifactorial y poligenética. Existen algunos factores no modificables como la edad, la raza y la herencia; y otros modificables como la dieta rica en lácteos y carne, y la obesidad. Sin embargo, las asociaciones relacionadas con la alimentación son más débiles y aún se encuentran en estudio (4). Numerosos estudios han demostrado que la incidencia de esta patología aumenta con la edad. Incluso se ha demostrado en análisis de autopsias que casi todos los hombres tendrían cáncer de próstata si vivieran más de 100 años. Esto indica que esta enfermedad puede permanecer asintomática durante mucho tiempo antes de progresar a una enfermedad clínicamente significativa (4). Solo el 2 % de los

casos es diagnosticado en menores de 50 años, mientras que el 63 % de los casos es diagnosticado después de los 65 años; con una edad promedio en el momento del diagnóstico de 67 años (5). La herencia también juega un papel muy importante en la etiología de esta enfermedad. Los estudios muestran que el riesgo aumenta con un mayor número de miembros familiares afectados, con una mayor relación genética con el pariente afectado y con una menor edad de presentación en el mismo. El riesgo aumenta 2,17 veces si el familiar afectado es el padre, 3,37 si es un hermano y 5,08 si hay dos o más familiares en primer grado de consanguinidad afectados (6). El estudio genético ha demostrado que las mutaciones en los genes supresores *BRCA 1* y *BRCA2* (también implicados en el desarrollo de cáncer de seno) aumentan el riesgo de cáncer de

próstata (principalmente el de inicio temprano). Otros genes que han mostrado susceptibilidad para esta neoplasia son el *RNaseL* (*HPC1 Hereditary Prostate Cancer-1*), *ELAC2* (*HPC2*) y *MSR1* (5). Con respecto a la raza, se sabe que la población afroamericana tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer de próstata, con tasas de incidencia 59 % más altas y un riesgo de morir 2,4 veces mayor que la raza blanca (5).

Esta guía está dirigida al personal médico que brinda atención a población masculina en la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata en los diferentes niveles de salud. Provee recomendaciones (basadas en la evidencia) para la toma de decisiones, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y reducir la heterogeneidad en la práctica clínica.

APROXIMACIÓN CLÍNICA

El tamizaje diagnóstico se realiza con PSA. Las recomendaciones más recientes de la Asociación Europea de Urología (EAU) son las que actualmente se utilizan en Colombia, e indican ofrecer tamizaje con PSA a pacientes con elevado riesgo de cáncer de próstata (grado de recomendación A) (7):

- » Hombres > 50 años.
- » Hombres > 45 años con historia familiar de cáncer de próstata.
- » Hombres > 45 años de raza negra.
- » Hombres con un nivel de PSA > 1 ng/mL a los 40 años.
- » Hombres con un nivel de PSA > 2 ng/mL a los 60 años.

El intervalo óptimo para la realización de PSA se basa en una estrategia adaptada al riesgo dependiendo del PSA inicial, y debe dejar de realizarse en hombres con una expectativa de vida menor a 10 años (7).

Teniendo la sospecha (bien sea por un tacto rectal anormal o un PSA elevado) se procede a realizar una biopsia de próstata guiada por ecografía. Se debe tomar entre 10 y 12 muestras bilaterales, desde el vértice hasta la base, y tan posterior y lateral como sea posible. La información que reporta la biopsia es la siguiente (8):

- » Tipo histopatológico.
- » Grado de acuerdo con el puntaje de Gleason y grupo.

- » Estadificación tumoral y estado del margen quirúrgico: ubicación y extensión extraprostática, presencia de invasión del cuello de la vejiga, lateralidad de la extensión extraprostática o invasión de la vesícula seminal, ubicación y extensión de los márgenes quirúrgicos positivos.
- » Información adicional sobre multifocalidad, diámetro/volumen y ubicación zonal del tumor dominante.

El puntaje de Gleason modificado de la Sociedad Internacional de Patología Urológica (ISUP) es el sistema de clasificación histológico recomendado (Tabla 1). Este puntaje se establece a partir del patrón más extenso

Tabla 1. Contraindicaciones del manejo médico con metrotexate.

Puntaje de Gleason	Grupo
≤ 6 (3+3 o 3+2 o 2+3 o 2+2)	1
7 (3 + 4)	2
7 (4 + 3)	3
8 (4+4 o 3+5 o 5+3)	4
9 – 10	5

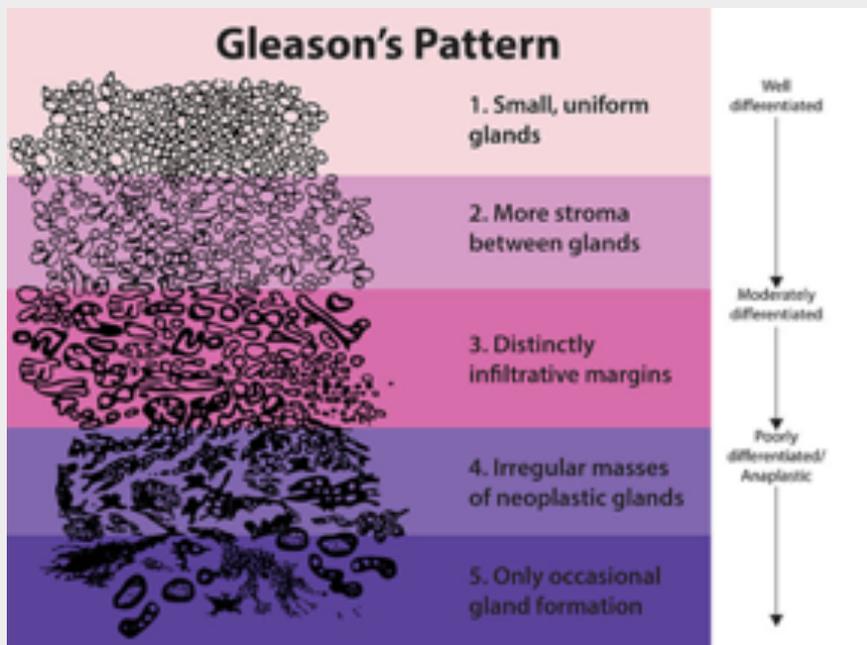


FIGURA 1. PATRONES HISTOLÓGICOS DE GLEASON EN CÁNCER DE PRÓSTATA.

Extraído sin modificaciones de: National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology and End Results Program. [Internet]. Prostate Cancer Morphology and Grade. 2015 (9).

(primer número) más el patrón más alto (segundo número) independientemente de su extensión; y el patrón (que va de 1 a 5) va aumentando a medida que las glándulas se ven menos diferenciadas (Figura 1). Con los datos anteriormente descritos se puede realizar una clasificación según el grupo de riesgo para establecer la necesidad de exámenes de extensión, y posteriormente para el tratamiento (Tabla 2).

En pacientes de riesgo bajo no se realiza ninguna imagen

adicional. En pacientes de riesgo intermedio con un patrón Gleason predominantemente 4 y en pacientes de riesgo alto, se realiza tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) abdominopélvica, y gammagrafía ósea en busca de metástasis (7). Luego de clasificar al paciente por grupo de riesgo y de haber realizado los exámenes de extensión (en caso de ser necesario), se procede a hacer la clasificación clínica completa mediante la estadificación TNM (Tabla 3).

Tabla 2. Grupos de riesgo de cáncer de próstata localizado y localmente avanzado según la EAU

Riesgo Bajo	Riesgo Intermedio	Riesgo Alto	
Definición			
PSA < 10 ng/ml	PSA 10 – 20 ng/mL	PSA > 20 ng/mL	Cualquier PSA
o puntaje Gleason < 7	o puntaje Gleason 7	o puntaje Gleason > 7	Cualquier puntaje Gleason
o cT1-2a	o cT2b	o cT2c	cT3-4 o cN+
Localizado	Localizado	Localizado	Localmente avanzado

Tomado y adaptado de: Cumberbatch MG, Gross T, Lam TB, Briens E, Rouvière O, Bellmunt J, et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. Eur Urol. 2016;71:618–29 (7).


Tabla 3. Clasificación clínica TNM para cáncer de próstata.

T – Tumor Primario	
TX	El tumor primario no puede evaluarse
T0	Sin evidencia de tumor primario
T1	Tumor no evidenciado clínicamente mediante tacto rectal o diagnóstico por imágenes
T1a	Hallazgo histológico incidental de tejido tumoral en ≤ 5 % del total de la muestra reseçada
T1b	Hallazgo histológico incidental de tejido tumoral en > 5 % del total de la muestra reseçada
T1c	Tumor identificado mediante punción biopsia con aguja (por ejemplo, por un PSA elevado)
T2	Tumor confinado a la glándula prostática
T2a	Tumor que compromete ≤ 50 % de un lóbulo prostático
T2b	Tumor que compromete > 50 % de un lóbulo prostático
T2c	Tumor que compromete ambos lóbulos prostáticos
T3	Tumor que se extiende a través de la cápsula prostática
T3a	Extensión extracapsular (uni o bilateral) incluyendo compromiso microscópico del cuello vesical
T3b	Tumor que invade vesícula(s) seminal(es)
T4	Tumor que está fijado o invade estructuras adyacentes excepto vesículas seminales: esfínter externo, recto, músculos elevadores y/o pared pélvica
N – Ganglios Linfáticos Regionales	
NX	Ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados
N0	Sin metástasis a ganglios linfáticos regionales
N1	Metástasis a ganglios linfáticos regionales
M – Metástasis a Distancia	
MX	Metástasis a distancia no puede ser evaluada
M0	No hay metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia
M1a	Ganglios linfáticos no regionales
M1b	Hueso(s)
M1c	Otro(s) sitio(s)

Tomado y adaptado de: Mottet N, Bergh RCN Van Den, Vice-chair PC, Santis M De, Gillissen S, Govorov A, et al. *EAU-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer*. 2018 (8).

MANEJO

La elección del tratamiento deberá realizarse después de la valoración por un grupo multidisciplinario, y después de contemplar (en conjunto con el paciente) los posibles beneficios y riesgos de cada opción terapéutica. En pacientes asintomáticos con expectativa de vida menor a 10 años (con base en las

comorbilidades), se recomienda realizar observación y manejo de los síntomas.

En pacientes aptos para tratamiento con intención curativa y con bajo riesgo, se recomienda vigilancia activa (VA) cuyo seguimiento incluye realizar tacto rectal cada 12 meses, PSA cada 3 a 6 meses, repetir la biopsia antes de

un año, y considerar la realización de RM multiparamétrica (RMmp) de próstata.

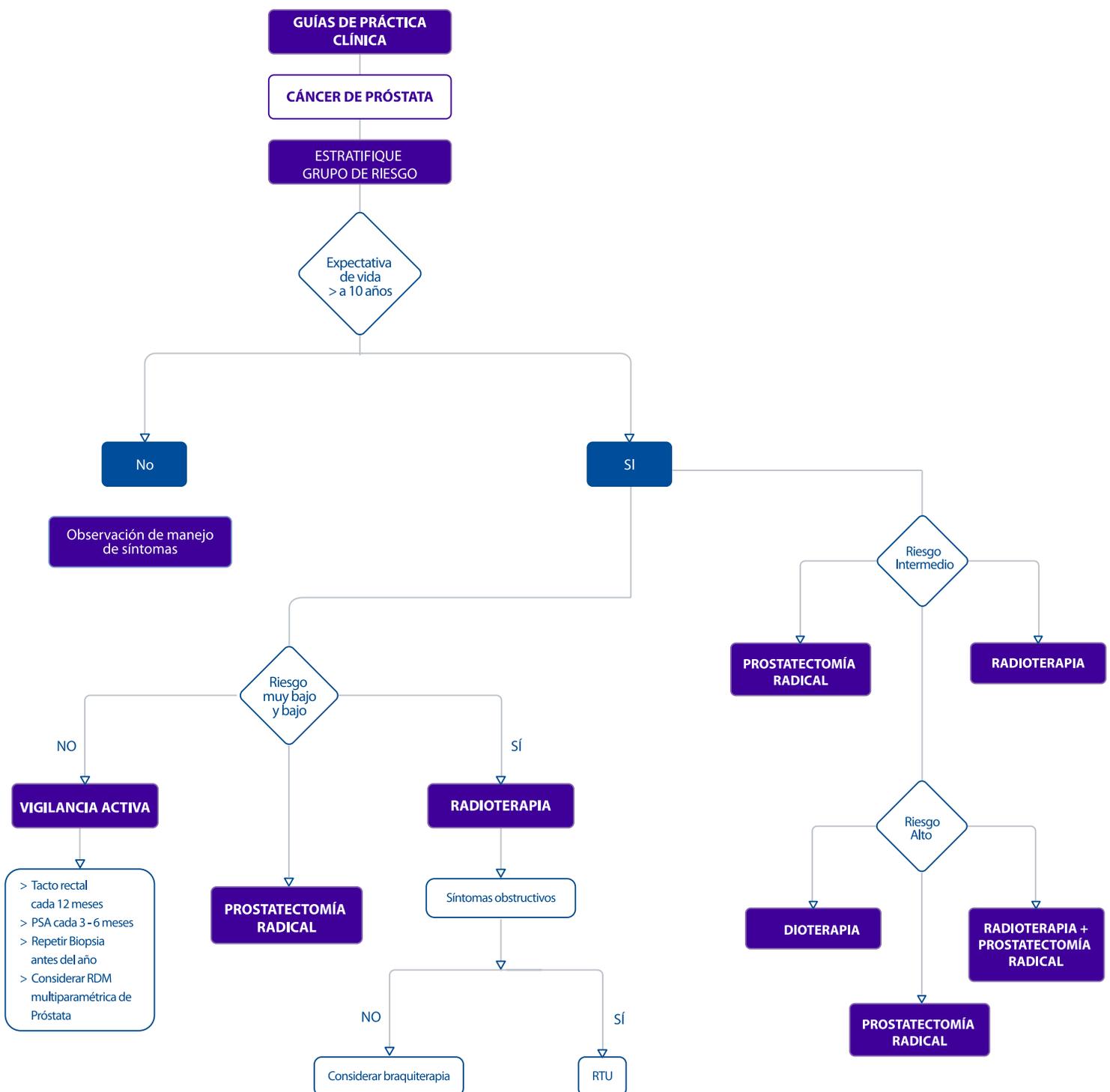
En enfermedad de bajo riesgo se debe considerar la cirugía (prostatectomía radical) y la radioterapia (en pacientes aptos para estos tratamientos que acepten someterse a la toxicidad), como alternativas a la VA para



prevenir la progresión de la enfermedad.
Si el paciente candidato a radioterapia presenta síntomas obstructivos, se recomienda considerar la resección transuretral de próstata (RTU). Si el paciente no

presenta síntomas obstructivos, se debe considerar la braquiterapia.
En pacientes con enfermedad de riesgo intermedio y con expectativa de vida mayor a 10 años, se recomienda realizar prostatectomía radical o radioterapia.

En pacientes con cáncer de próstata localizado de alto riesgo y una expectativa mayor a 10 años, se recomienda realizar prostatectomía radical, radioterapia, o prostatectomía radical más radioterapia.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1). **Sartor O, de Bono JS. Metastatic prostate cancer.** N Engl J Med. 2018;378(7):645–57.

(2). **International Agency for Research on Cancer - World Health Organization.** Global cancer observatory - cancer today [Internet]. Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) in 2018, all cancers, males, all ages. 2018. Available from: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-dual-bars-2?v=2018&mode=cancer&mode_=continents&population=250&populations=250&key=total&sex=1&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=w

(3). **National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program [Internet].** Cancer Stat Facts: Prostate Cancer. 2018. Available from: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>

(4). **Leitzman MF, Rohrmann S. Risk factors for the onset of prostatic cancer: age, location, and behavioral correlates.** Clin Epidemiol. 2012;4:1–11.

(5). **Stephenson AJ, Klein EA. Epidemiology, etiology, and prevention of prostate cancer.** In: Campbell-Walsh Urology. Eleventh E. 2016. p. 2543–64.

(6). **Zeegers MPA, Jellema A, Ostrer H. Empiric risk of prostate carcinoma for relatives of patients with prostate carcinoma: a meta-analysis.** Cancer. 2003;97(8):1894–903.

(7). **Mottet N, Bellmunt J, Bolla M, Briers E, Cumberbatch MG, De Santis M, et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer.** Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. Eur Urol. 2016;71:618–29.

(8). **Mottet N, Bergh R van den, Briers E, Bourke L, Cornford P, De Santis M, et al. EAU - ESTRO - ESUR - SIOG guidelines on prostate cancer.** 2018.

(9). **National Cancer Institute. Surveillance, epidemiology and end results program [Internet]. Prostate Cancer Morphology and Grade.** 2015. Available from: <https://training.seer.cancer.gov/prostate/abstract-code-stage/morphology.html>