CÁNCER DE PRÓSTATA

ARTICULOS RELACIONADOS
ALGORITMOS DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO

1. INCIDENCIA

a. Tasa de Incidencia: 78,9 casos/100.000 varones/año.
b. Es el cáncer más frecuente en Hombres.
c. Mortalidad: 30,6/100000 varones/año
d. Cánceres subclínicos son frecuentes en mayores de 50 años, el Screening con PSA en varones sanos
    i. Eleva la tasa de incidencia
    ii. Sobrediagnostica **¡ojo!**
    iii. No existen datos de que modifique supervivencia

2. QUIMIOPREVENCIÓN CON INH. 5 ALFA REDUCTASA

a. Enzima que convierte TESTOSTERONA en la más activa DIHIDROTESTOSTERONA, ésta tiene dos isoenzimas, la FINASTERIDA inhibe sólo una, la DUTASTERIDA, inhibe las dos.
b. RECOMENDACIÓN DE ASCO

Los hombres asintomáticos con PSA ≤ 3 ng/ml con screening regular de PSA, o bien aquellos que toman Inh. 5 alfa reductasa por síntomas obstructivos de tracto urinario inferior; pueden beneficiarse de una discusión sobre el uso de inhibidores de 5 alfa reductasa durante 7 años en la prevención del cáncer de próstata y su riesgo potencial de tumores de alto grado.

c. DISEÑO DEL PROTOCOLO
    i. Durante 7 años (ensayo con 4 años para Dutasterida)
    ii. Hombres > 50 años
    iii. Tacto rectal normal
    iv. PSA normal (≤ 3)
    v. 92 % NO HISPANOS

d. EVIDENCIA DE BENEFICIOS
    i. Disminuyen la proporción de participantes en los ensayos diagnosticados de Ca de próstata
    ii. Se debe tratar 71 pacientes para prevenir 1 Cáncer (en la mama con TMX, debo tratar 100 mujeres).
    iii. Los ensayos no estaban diseñados para encontrar diferencias en supervivencia y no las encontraron.
    iv. Adicionalmente se encontró:
        1. Menor riesgo de retención urinaria aguda
        2. Disminución de la tasa de cirugías por retención

e. EVIDENCIA EN CONTRA Y TOXICIDAD
    i. Un análisis secundario encontró mayor número de tumores de alto grado (Gleason 8-10), sin causa clara, lo que podría indicar un aumento de su mortalidad.
    ii. Efectos 2º:
        1. Incremento de disfunción eréctil (2-4%)
        2. Ginecomastia (1-3%)
        3. Disminución del volumen de eyaculación.
        4. Disminución de la libido (1-4%)

3. DIAGNOSTICO

a. PSA sérico y tacto rectal en presencia de síntomas urinarios o sospecha de tumor.
b. Biopsia de Próstata se decide en función de:
   i. tacto anormal
   ii. elevación de PSA
   iii. tamaño prostático
   iv. etnia
   v. edad
   vi. co-morbilidad
   vii. historia de biopsias previas
   viii. deseo del paciente

c. Se debe realizar:
   i. mediante ecografía transrectal
   ii. con al menos 8 tomas
   iii. con indicación de grado de Gleason

4. ESTADIFICACIÓN

a. **Historia Clínica y Exploración física** con atención a la co-morbilidad.
b. **Estadio clínico por tacto rectal**.
   i. **T1**: no se palpa tumor.
   ii. **T2**: se palpa tumor pero dentro de la glándula
      1. **2A**: un lado.
      2. **2B**: ambos lados.
   iii. **T3**: se propaga fuera de la cápsula.
   iv. **T4**: se propaga a tejs adyacente no glándulas seminales
c. **Estudio pélvico** si las **TABLAS DE PARTIN** indican > 15% de probabilidad de afectación ganglionar con RMN o TAC.

Cáncer de próstata - Tablas de Partin

Los números indican la probabilidad de que la enfermedad esté confinada al órgano
Los puntos suspensivos indican que no hay datos suficientes para calcular la probabilidad

PSA= 0.0-4.0ng/ml

Gleason	T1a	T1b	T1c	T2a	T2b	T2c	T3a
2 a 4	90	80	89	81	72	77	...
5	82	66	81	68	57	62	40
6	78	61	78	64	52	57	35
7	...	43	63	47	34	38	19
8 a 10	...	31	52	36	24	27	...

PSA= 4.1-10ng/ml

Gleason	T1a	T1b	T1c	T2a	T2b	T2c	T3a
2 a 4	84	70	83	71	61	66	43
5	72	53	71	55	43	49	27
6	67	47	67	51	38	43	23
7	49	29	49	33	22	25	11
8 a 10	35	18	37	23	14	15	6

PSA= 10-20 ng/ml

Gleason	T1a	T1b	T1c	T2a	T2b	T2c	T3a
2 a 4	76	58	75	60	48	53	...
5	61	40	60	43	32	36	18
6	...	33	55	38	26	31	14
7	33	17	35	22	13	15	6
8 a 10	...	9	23	14	7	8	3

PSA= >20 ng/ml

Gleason	T1a	T1b	T1c	T2a	T2b	T2c	T3a
2 a 4	...		58	41	29	...	...
5	...	23	40	26	17	19	8
6	...	17	35	22	13	15	6
7	...	...	18	10	5	6	2
8 a 10	...	3	10	5	3	3	1

d. GENERALMENTE **NO SE NECESITA ESTUDIO PELVICO SI:**
   1. T1/2a
   2. PSA< 10
   3. Gleason < 7
   4. SI SE VA A REALIZAR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ES OBLIGADO

e. **GAMMAGRAFÍA ÓSEA** si:

1. Sospecha clínica de metástasis ó
2. Gleason ≥ 4 + 3 ó
3. PSA > 15mg/l

5. TRATAMIENTO

a. ENFERMEDAD LOCALIZADA (T1-2 N0/X M0/X)

NO EXISTE CONSENSO INFORMAR DE:

i. Posibilidades de Intervención
   1. Prostatectomía radical.
   2. Radioterapia externa.
   3. Braquiterapia con implantes permanentes.
   4. Observación

ii. PROSTATECOMIA RADICAL ES SUPERIOR A OBSERVACIÓN aunque no esté claro en pacientes con hallazgo casual o diagnosticado en cribado poblacional. Sin embargo tiene mayor tasa de DISFUNCION ERECTIL (80 vs 45%) e INCONTINENCIA de orina (49 vs 21%), pero con mejores tasas en Centros con gran experiencia.

iii. Observación TIENE 99% Supervivencia a 8 años en ENFERMEDAD DE BAJO RIESGO (T1-2 a GLEASON <6, PSA< 10)

iv. RADIOTERAPIA EXTERNA debe ser conformada, a dosis de 72 Gy y con fracciones de mínimas 2 Gy o su equivalente.

v. BRAQUITERAPIA EXTERNA tiene similar supervivencia a PROSTATECTOMÍA con menor tasa de complicaciones.

vi. RADIOTERAPIA COMPLEMENTARIA tras PROSTATECTOMÍA no aporta beneficios EN SUPERVIVENCIA vs la administrada tras RECIDIVA bioquímica, por ello es IMPORTANTE el seguimiento con PSA y el tratamiento con RTx precoz.

b. ENFERMEDAD LOCALMENTE AVANZADA

i. TRATAMIENTO HORMONAL MANTENIDO ES TRATAMIENTO ESTANDAR. (Supresión androgénica o monoterapia con bicalutamida)

ii. En caso de utilizar RADIOTERAPIA EXTERNA se debe asociar AGONISTA LH-RH antes, durante y después del tratamiento, durante al menos 6 meses, aunque no se conoce duración adecuada.

iii. En tratamientos de larga duración con BICALUTAMIDA en monoterapia se debe asociar RADIOTERAPIA MAMARIA, 8-10 Gy en una dosis para evitar ginecomastia dolorosa.

c. ENFERMEDAD METASTÁSICA

i. SUPRESIÓN ANDROGÉNICA DEBE SER LA PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO. (Orquiectomía bilateral o Agonista LH-RH).

ii. Se debe usar un ANTIANDROGENO en curso corto para evitar fenómenos de flare al iniciar Ag LH-RH.

iii. Pacientes Hormona refractarios pueden usar segunda o tercera línea de tratamiento hormonal:
   1. Antiandrógeno: 2ª línea
   2. Retirada de antiandrógeno: 3ª línea
   3. Corticoides 3ª línea
   4. Estrógenos 4ª línea

   } SIEMPRE MANTENIENDO Ag LHRH

iv. QUIMIOTERAPIA con DOCETAXEL cada 3 semanas está indicado en pacientes sintomáticos con enfermedad HH refractaria. Aumenta la supervivencia.

v. Se deben valorar tratamientos paliativos como:
   1. Radioterapia Externa para mts. Óseas (1 x 8 Gy ó 10 x 3 Gy)
   2. Estroncio 89 o Samamarario 153

3. Bifosfonatos si dolor refractario a radioterapia y analgésicos.
4. Unidades de Cuidados Paliativos.