

Cáncer de la próstata

*Guías de tratamiento
para los pacientes*

Versión II / Enero del 2001

Prostate Cancer

Treatment Guidelines for Patients with Cancer



**Sociedad Americana
del Cáncer™**



Cáncer de la próstata

*Guías de tratamiento
para los pacientes*

Versión II / Enero del 2001

El objetivo de la asociación entre la National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society o ACS, por sus siglas en inglés) es proporcionar a los pacientes y al público en general lo más reciente en información sobre el tratamiento del cáncer de una manera comprensible. Se pretende que esta información, basada en las Guías de Práctica Clínica de la NCCN, le sea útil en su conversación con el médico, pero no que reemplace la experiencia ni el juicio clínico de éste. La situación de cada paciente se debe evaluar individualmente, y por ello es importante que hable con su médico sobre las guías y toda la información relacionada con las opciones de tratamiento. Para asegurarse de tener la versión más actualizada de las guías, consulte la página en Internet de la Sociedad Americana del Cáncer (www.cancer.org) o la de la NCCN (www.nccn.org). También puede llamar a la NCCN al 1-888-909-NCCN o a la Sociedad Americana del Cáncer al 1-800-ACS-2345 (1-800-227-2345). Un especialista en información sobre el cáncer le asistirá en español.

Las Guías de Práctica Clínica de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) las elaboró un variado panel de expertos. Las guías son una declaración del consenso de sus autores en relación con la evidencia científica y sus opiniones sobre los métodos de tratamiento aceptados en la actualidad. Las guías de la NCCN se actualizan a medida que se dispone de datos significativos. La versión de Información para los Pacientes se actualizará de acuerdo a esa información y se ofrecerá en las páginas de Internet de la NCCN y de la Sociedad Americana del Cáncer. Para asegurarse que tiene la versión más reciente, comuníquese con la NCCN o la Sociedad Americana del Cáncer.

©2001 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir en forma alguna con propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

Contenido

Introducción	5
Cómo decidir el tratamiento contra el cáncer de la próstata	5
La próstata, por dentro y por fuera	6
Detección temprana y evaluación del cáncer de la próstata	7
Tipos de tratamientos contra el cáncer de la próstata	15
Etapas del cáncer de la próstata	16
Efectos secundarios de los tratamientos contra el cáncer de la próstata	21
Tratamiento y seguimiento del cáncer de la próstata según su etapa	24
Otros asuntos que deben considerarse durante el tratamiento y después de éste	24
Acerca de los estudios clínicos	26
Guías para la evaluación y el tratamiento	29
Diagramas de toma de decisiones	
Detección temprana del cáncer de la próstata	30
Resultados del antígeno prostático específico (PSA)	32
Evaluación del cáncer de la próstata	36
Valoración del riesgo de recurrencia	40
Tratamiento inicial contra el cáncer de la próstata no metastásico	42
Tratamiento inicial contra el cáncer de la próstata metastásico	46
Seguimiento	48
Evaluación y terapia de rescate para el cáncer de la próstata recurrente	52
Terapia hormonal	56
Glosario	58



Instituciones que integran la National Comprehensive Cancer Network

City of Hope Cancer Center

Dana-Farber Cancer Institute

Duke Comprehensive Cancer Center

Fox Chase Cancer Center

Fred Hutchinson Cancer Research Center

H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute
at the University of South Florida

Huntsman Cancer Institute at the University of Utah

Arthur G. James Cancer Hospital and
Richard J. Solove Research Institute at the Ohio State University

Johns Hopkins Comprehensive Cancer Center

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center
of Northwestern University

Roswell Park Cancer Institute

Stanford Hospital and Clinics

St. Jude Children's Research Hospital

UCSF Comprehensive Cancer Center

University of Texas M. D. Anderson Cancer Center

University of Alabama at Birmingham
Comprehensive Cancer Center

University of Michigan Comprehensive Cancer Center

UNMC/Eppley Cancer Center
at the University of Nebraska Medical Center

Este informe brinda a los pacientes acceso por primera vez a información sobre la forma en que se trata el cáncer de la próstata en los principales centros de investigación del cáncer del país. Originalmente, la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) preparó estas guías de tratamiento para los especialistas en cáncer y ahora, la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society) las ha traducido para uso del público en general.

Desde 1995, los médicos se han dirigido a la NCCN en busca de asesoramiento para el tratamiento del cáncer. Un variado panel de expertos de 19 de los principales centros de investigación del cáncer del país elaboró las Guías de Práctica Clínica de la NCCN.

Durante más de 85 años, el público ha confiado en la información que brinda la Sociedad Americana del Cáncer acerca de esta enfermedad. Los libros y folletos de la Sociedad brindan información completa, actualizada y comprensible a cientos de miles de pacientes, sus familiares y amigos. Esta colaboración entre la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer brinda al público en general una fuente de información confiable y comprensible para el tratamiento del cáncer.

Estas guías para los pacientes les ayudarán a comprender mejor el tratamiento del cáncer que padecen y los consejos de su médico. Le exhortamos a que hable con su médico acerca de estas guías y le haga las preguntas siguientes:

- ¿Cómo mi edad, estado de salud general y otras situaciones médicas afectan mis opciones de tratamiento?

- ¿En cuáles de las etapas T, N y M (consulte las páginas 16-17) tengo el cáncer y cómo esto influye en las opciones de tratamiento que están a mi disposición?
- ¿De qué manera mi puntaje de Gleason del cáncer y mi nivel del antígeno prostático específico en la sangre (PSA, por sus siglas en inglés) predicen mi pronóstico de supervivencia y afectan mis opciones de tratamiento?
- ¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de cada terapia que me proponen y cómo afectarán mi calidad de vida?
- ¿Qué se puede hacer para ayudar a controlar los efectos secundarios del tratamiento?

Cómo decidir el tratamiento contra el cáncer de la próstata

En Estados Unidos, el cáncer de la próstata es el cáncer más común (aparte del cáncer de la piel) en los hombres. La Sociedad Americana del Cáncer calcula que en el año 2001 se diagnosticarán en este país alrededor de 198,000 casos nuevos de cáncer de la próstata y que 31,500 hombres morirán de esta enfermedad.

La mayoría de los casos de este tipo de cáncer se presentan en hombres de edad avanzada y crecen muy lentamente. Sin embargo, algunos casos de cáncer de la próstata pueden crecer rápidamente y propagarse a otras partes del cuerpo, causando síntomas y, en ocasiones, la muerte. Tratar a los hombres que padecen estos tipos de cáncer puede ayudarles a vivir más y a evitar o aminorar los síntomas. Una razón por la que el cáncer de la próstata con-

fundé tanto a los médicos y pacientes es que a veces es difícil distinguir a los hombres que se beneficiarán con el tratamiento de aquellos para quienes los efectos secundarios del tratamiento superarán a los beneficios.

Aunque el cáncer de la próstata es una enfermedad muy grave, es una de las que un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud puede tratar. Sin embargo, no todos los hombres que padecen este tipo de cáncer deben recibir el mismo tratamiento y, en algunos casos, la mejor opción podría ser no recibir ningún tratamiento.

Este informe puede ayudarle a usted y a su médico a decidir cuáles son las opciones que mejor satisfacen sus necesidades médicas y personales. En las páginas siguientes encontrará diagramas de flujo, denominados “algoritmos” por los médicos, “diagramas de toma de decisiones” o “trayectorias clínicas”. Estos diagramas le muestran cómo usted y su médico pueden tomar las decisiones necesarias sobre su tratamiento.

Para poder tomar una decisión con conocimiento pleno de la información, es necesario que entienda algunos de los términos médicos que su médico usa. Quizá considere que ya está familiarizado con estos términos o bien, podría desear consultar las diversas secciones que aparecen en la página del contenido. En ellas, se brinda no sólo información básica sobre el cáncer de la próstata, sino también explicaciones de las etapas del cáncer, la evaluación y el tratamiento. En esta guía también se incluye un glosario de términos médicos.

La próstata, por dentro y por fuera

La próstata es más o menos del tamaño de una nuez y, cuando el hombre está de pie, se encuentra delante del recto, detrás de la base del pene y debajo de la vejiga. La próstata es una *glándula* que sólo se encuentra en los hombres y que produce una parte del semen, el cual protege y nutre a los espermatozoides. La próstata rodea la parte superior de la uretra, el conducto por el que la orina y el semen salen hacia fuera del pene.

El cáncer de la próstata se forma a partir de las células de la próstata y puede propagarse directamente a los tejidos y órganos cercanos a esa glándula. Con el tiempo, las células cancerosas pueden propagarse a otras partes del cuerpo.

Los nervios que están junto a la próstata participan en la erección del pene. Por lo tanto, los tratamientos que extirpan o dañan estos nervios pueden causar trastornos en la erección, lo que también se conoce como impotencia.

La linfa es un líquido transparente que contiene productos de desecho de tejidos y células del sistema inmunológico. Este líquido pasa por los vasos linfáticos hasta los ganglios linfáticos (grupos pequeños en forma de frijol formados de células del sistema inmunológico; son importantes para combatir las infecciones). La mayoría de los vasos linfáticos de la próstata desembocan en los ganglios linfáticos pélvicos. Las células cancerosas pueden entrar en los vasos linfáticos y propagarse a lo largo de ellos hasta llegar a los ganglios linfáticos, donde pueden seguir reproduciéndose. Si las células cancerosas de

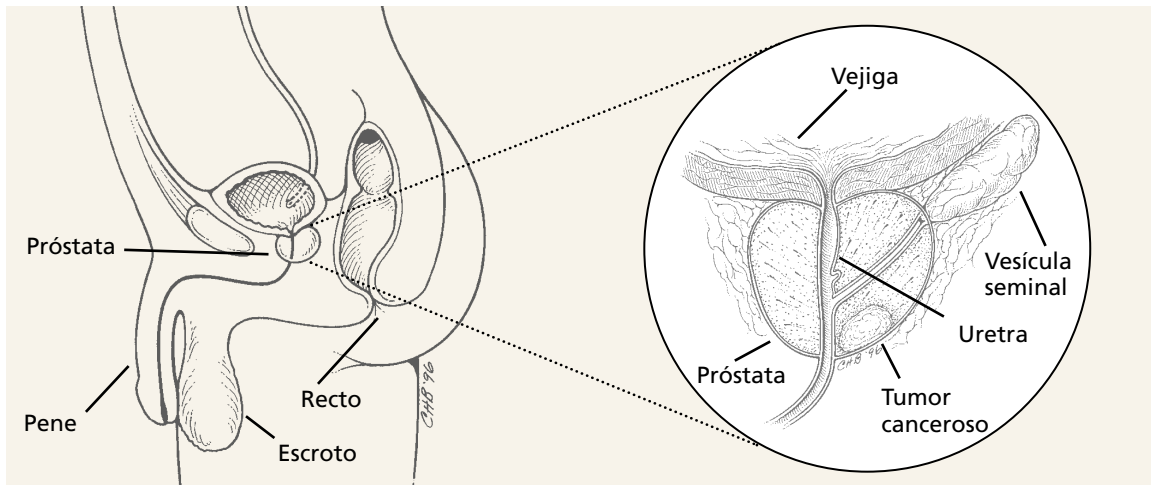


Ilustración 1. Ubicación de la próstata

la próstata se han multiplicado en los ganglios linfáticos pélvicos, hay más probabilidades de que también se hayan propagado a otros órganos. A esta propagación se le denomina metástasis.

Detección temprana y evaluación del cáncer de la próstata

Procedimiento de detección temprana del cáncer de la próstata y evaluación de los resultados anormales de las pruebas

Todavía existe gran incertidumbre acerca de la detección temprana y el tratamiento de cáncer de la próstata. Los casos de cáncer que se detectan usando el *examen digital del recto* (DRE, por sus siglas en inglés), la *prueba del antígeno prostático específico* (PSA, por sus siglas en inglés), o ambas, en promedio son más pequeños y se han propagado menos que los casos de cáncer que se descubren debido a los síntomas que causan. Sin embargo, el cáncer de la próstata no es como muchos

otros tipos de cáncer, ya que a menudo crece muy lentamente.

En los hombres en quienes se ha demostrado que esta enfermedad no se ha propagado más allá de la próstata, la tasa de supervivencia relativa a cinco años es casi 100%, sin importar si recibieron tratamiento o no. Por otro lado, antes de que fuera tan común usar las pruebas de detección temprana, a la mayoría de los hombres con cáncer de la próstata esta enfermedad se les diagnosticaba cuando la enfermedad estaba ya avanzada y la mayoría moría a los pocos años de haberse hecho el diagnóstico.

A pesar de que el diagnóstico temprano de cáncer de la próstata y su tratamiento pueden ayudar a algunos hombres a vivir más, podría no tener impacto alguno en el tiempo que viven otros hombres. En hombres con una expectativa de vida de menos de 10 años, no es necesario diagnosticar temprano el cáncer de la próstata. También debe tenerse presente que los tratamientos contra el cáncer de la próstata pueden afectar la calidad de vida del hombre. La expectativa de vida de un hombre

se calcula tomando en cuenta su edad y todos los problemas médicos graves que padezca. Este cálculo no significa que los médicos puedan determinar exactamente la duración de la vida de los pacientes, sino más bien que es posible hacer conjeturas sobre buenos fundamentos para ayudar a decidir a quién le conviene someterse a las pruebas.

Desde que las pruebas para detectar cáncer de la próstata se hicieron relativamente comunes (alrededor de 1990), la tasa de mortalidad por cáncer de la próstata ha disminuido. Sin embargo, no se ha demostrado de manera concluyente que esto haya sido consecuencia directa de la detección temprana. Continúan realizándose estudios en grupos grandes de hombres para tratar de demostrar que la detección temprana disminuirá la tasa de mortalidad por cáncer de la próstata, pero durante varios años no se dispondrá de los resultados. Hasta entonces, el paciente y su profesional de la salud son los que deben tomar la decisión de si el hombre debe someterse a las pruebas.

Las recomendaciones de la Sociedad Americana del Cáncer y de la NCCN en cuanto a la detección temprana del cáncer de la próstata incluyen la prueba de sangre del antígeno prostático específico (conocida también como prueba del PSA) y el examen digital del recto. La NCCN recomienda que el examen digital del recto se haga anualmente y que la prueba del antígeno prostático específico se ofrezca por primera vez a la edad de 50 años a los hombres cuya expectativa de vida sea por lo menos de 10 años, así como a los hombres más jóvenes cuyo riesgo sea mayor. Las guías de la NCCN indican que, dependiendo de los resultados de la prueba inicial del antígeno prostático específico, algunos hombres sólo

necesitan someterse a esta prueba cada dos años. La Sociedad Americana del Cáncer recomienda ofrecer a estos hombres tanto la prueba del antígeno prostático específico como el examen digital rectal anualmente. Tanto la Sociedad como la NCCN coinciden en que se debe brindar información a los pacientes acerca de los posibles riesgos y beneficios de la detección temprana y el tratamiento. Los hombres que decidan someterse a las pruebas de detección temprana deben comenzar a hacerlo a los 50 años de edad. Sin embargo, los hombres en grupos de alto riesgo, como los que tienen antecedentes familiares contundentes (por ejemplo, un padre o hermano diagnosticado joven) o los hombres de raza negra, deben empezar a realizarse las pruebas a los 45 años de edad.

Algunas organizaciones científicas y médicas no creen que las pruebas de detección temprana del cáncer de la próstata puedan reducir la cantidad de hombres que mueren a causa de esta enfermedad y por esto, no recomiendan que los médicos ofrezcan rutinariamente a sus pacientes las pruebas de detección temprana del cáncer de la próstata.

La Sociedad Americana del Cáncer, la Asociación Americana de Urología y la NCCN sí consideran que la mayoría de la evidencia disponible, aunque no es concluyente, apoya la opinión de que detectar temprano el cáncer de la próstata puede salvar vidas. Estas organizaciones recomiendan que los médicos ofrezcan a los hombres la opción de someterse a pruebas de detección temprana del cáncer de la próstata, pero también que antes de esto, hablen sobre los posibles beneficios, los efectos secundarios y la incertidumbre relacionados con la detección temprana del cáncer de la próstata y su tratamiento.

Prueba del antígeno prostático específico en la sangre (PSA)

Tanto la Sociedad Americana del Cáncer como la NCCN recomiendan que este análisis de sangre se ofrezca por primera vez a los hombres a los 50 años de edad y mayores que tengan una expectativa de vida de por lo menos 10 años. La Sociedad recomienda que esta prueba se ofrezca anualmente. Las guías de la NCCN recomiendan este intervalo si el resultado de la prueba inicial del antígeno prostático específico es entre 2 y 4, y cada 2 años si el resultado de dicha prueba es menor a 2. Los hombres que estén en alto riesgo de contraer cáncer de la próstata deben empezar a someterse a esta prueba a los 45 años de edad. Esta prueba se usa para detectar los casos de cáncer en sus etapas iniciales, antes de que causen síntomas.

Se recomienda tomar ciertas medidas para que las pruebas del antígeno prostático específico en la sangre sean lo más precisas posible. Debido a que la eyaculación puede causar que los niveles de este antígeno en la sangre suban temporalmente, las guías de la NCCN recomiendan abstenerse de actividad sexual durante dos días antes de la prueba. Esto ayuda a evitar que el hombre se preocupe innecesariamente y que se someta a pruebas adicionales que fuera necesario realizar debido a que los médicos no pudieran determinar si un ligero aumento en el antígeno prostático específico se debe a la eyaculación o a cáncer de la próstata. La prueba del antígeno prostático específico no debe hacerse a hombres con infección aguda de las vías urinarias o prostatitis, ya que éstas también pueden elevar los niveles del antígeno.

Hay varios medicamentos y preparaciones de hierbas que pueden disminuir los niveles del

antígeno prostático específico. En algunos casos, el hombre podría padecer cáncer de la próstata en sus etapas iniciales, pero haber tomado un producto que disminuye los niveles de antígeno prostático específico lo suficiente como para que el resultado de la prueba sea normal. Como consecuencia, el cáncer pasa por alto y no se detecta. Por esto, las guías de la NCCN insisten en que los médicos pregunten a los hombres que se someten a la prueba del antígeno prostático específico si están tomando algunas de las siguientes sustancias: finasteride (Proscar® o Propecia®), bloqueadores de los receptores de andrógenos, palma enana americana —conocida en inglés como saw palmetto, una hierba que usan algunos hombres para tratar el agrandamiento benigno de la próstata— y PC-SPES (una mezcla de hierbas que contiene palma enana americana).

Los resultados de la prueba del antígeno prostático específico en la sangre se dan en nanogramos por mililitro, o ng/ml. Generalmente, los resultados inferiores a 4 ng/ml se consideran normales y los superiores a 10 ng/ml se consideran altos. Los valores entre 4 y 10 se consideran en el límite, o inciertos. Entre más alto sea el nivel de antígeno prostático específico, mayores son las probabilidades de que el hombre tenga cáncer de la próstata.

Los niveles de antígeno prostático específico calculan cuán probable es que un hombre tenga cáncer de la próstata, pero esta prueba no proporciona una respuesta definitiva. Las enfermedades tales como *agrandamiento benigno de la próstata* (el agrandamiento no canceroso de la próstata) y *prostatitis* (inflamación de la próstata) pueden causar que el resultado de la prueba sea alto o incierto. Por

otra parte, los resultados de las pruebas del antígeno prostático específico de algunos hombres con cáncer de la próstata son negativos o inciertos. Alrededor de 25% de los hombres que padecen cáncer tienen resultados bajos de la prueba del antígeno prostático específico. Por esto, ni la Sociedad Americana del Cáncer ni la NCCN recomiendan hacer la prueba del antígeno prostático específico sin incluir también el examen digital del recto. Desde que los médicos empezaron a usar esta prueba, ha aumentado la cantidad de casos de cáncer de la próstata que se han detectado en una etapa inicial, y por lo tanto curable. Debido a que la mayoría de los hombres obtienen resultados normales en las pruebas, pueden estar tranquilos al saber que es poco probable que tengan cáncer de la próstata, especialmente si el resultado de su examen digital del recto también es negativo.

El *porcentaje del antígeno prostático específico libre* indica la cantidad de antígeno prostático específico que circula suelto o desligado en la sangre y la cantidad que está ligado a otras proteínas de la sangre. Respecto a los resultados del antígeno prostático específico que están en el rango del límite, o incierto, un porcentaje bajo del antígeno prostático específico libre significa que hay mayores probabilidades de que el hombre padezca cáncer de la próstata e indica la necesidad de realizar una biopsia. El número exacto que se usa para separar los resultados bajos de los altos puede variar ligeramente dependiendo de los métodos que utilice cada laboratorio. El laboratorio que realice las pruebas, o el fabricante del equipo de prueba, brindará esta información a su médico.

La *velocidad del antígeno prostático específico* es el aumento en el nivel del antígeno prostático específico que se presenta durante un período de tiempo. La velocidad del antígeno prostático específico debe medirse en tres muestras que se tomen durante un período de por lo menos 18 meses. Esta velocidad no podrá determinarse hasta que se haga la tercera prueba. Una velocidad del antígeno prostático específico superior a 0.75 ng/ml por año se considera alta. Incluso cuando el nivel total de este antígeno es normal, una alta velocidad indica que el hombre podría tener cáncer de la próstata y que debe realizarse una biopsia.

Aunque la prueba del antígeno prostático específico se usa principalmente para la detección temprana, también es valiosa en otras situaciones. A los hombres que se sabe tienen cáncer de la próstata (con base en el resultado de la biopsia), la prueba del antígeno prostático específico puede ayudar a determinar el *pronóstico* (de supervivencia). Los hombres cuyos resultados de la prueba del antígeno prostático específico son muy altos tienen más probabilidades de que el cáncer se haya propagado más allá de la próstata y menos probabilidades de curarse o vivir mucho tiempo. Los niveles del antígeno prostático específico se pueden usar junto con los resultados del examen clínico y el puntaje de Gleason del tumor (consulte la página 12-13) para ayudar a decidir cuáles pruebas se necesitan para continuar con la evaluación. La prueba del antígeno prostático específico se usa también para supervisar la eficacia de los tratamientos. Después de la cirugía o del tratamiento de radiación u hormonal, el aumento en los niveles del antígeno prostático

específico podría ser una señal inicial de que el cáncer está reapareciendo o continúa creciendo.

Examen digital del recto

La NCCN recomienda que los hombres de 50 años de edad o mayores (así como los hombres más jóvenes con alto riesgo de padecer cáncer de la próstata) se sometan a un examen digital del recto (DRE, por sus siglas en inglés). La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que a estos hombres se les ofrezca este examen. Para realizar este examen, el médico se pone un guante, lubrica un dedo y lo introduce en el recto del paciente para revisar si hay alguna área irregular o anormalmente dura que pudiera ser cáncer. La próstata se encuentra cerca del recto, y la mayoría de los casos de cáncer de la próstata empiezan en la porción de la glándula que se puede tocar durante el examen del recto.

Este examen también se usa para ayudar a determinar si el cáncer se ha propagado más allá de la próstata en hombres que se sabe padecen cáncer de la próstata.

Antecedentes y examen físico

Cuando su médico le haga “la historia clínica”, le hará una serie de preguntas acerca de sus síntomas y factores de riesgo. Algunos casos de cáncer de la próstata pueden detectarse debido a síntomas tales como el debilitamiento o la disminución del flujo urinario o la necesidad de orinar con más frecuencia. Estos síntomas también pueden presentarse debido a enfermedades benignas de la próstata, tales como la *hiperplasia* nodular (conocida también como hiperplasia prostática benigna o BPH, por sus siglas en inglés). Los síntomas

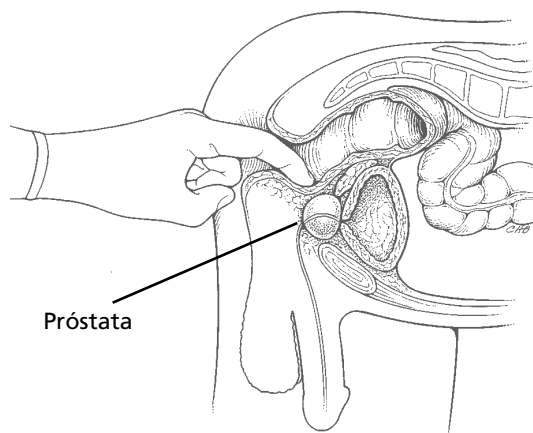


Ilustración 2 Examen digital del recto

del cáncer de la próstata avanzado pueden incluir sangre en la orina, inflamación de los ganglios linfáticos ubicados en el área de la ingle, impotencia (dificultad para tener una erección) y dolor en la pelvis, la columna vertebral, la cadera o las costillas. Estos síntomas también pueden deberse a otras enfermedades, y su presencia no siempre significa que un hombre tenga cáncer de la próstata. La mayoría de los casos de cáncer de la próstata en sus etapas iniciales no ocasionan síntomas y se encuentran mediante la detección temprana. Por esto, algunos hombres deben considerar someterse a la prueba del antígeno prostático específico en la sangre y al examen digital del recto.

El examen físico de los hombres en quienes se sospecha la presencia de cáncer de la próstata incluirá un examen digital del recto para revisar la próstata (consulte la sección sobre la detección temprana). Un examen físico general también es importante para ayudar a detectar o evaluar otros problemas médicos que el hombre pueda tener.

Ultrasonido transrectal y biopsia

El ultrasonido transrectal (TRUS, por sus siglas en inglés) usa ondas sonoras para crear una imagen de la próstata en una pantalla de vídeo. Las ondas sonoras se emiten desde una sonda pequeña colocada en el recto. La misma sonda detecta los ecos que rebotan en los tejidos de la próstata y una computadora toma el patrón de ecos y lo convierte en una imagen. Este procedimiento se usa para guiar la aguja de la biopsia exactamente al área correcta de la próstata. Colocar la sonda de ultrasonido transrectal en el recto podría causar molestias temporalmente, pero el procedimiento en sí esencialmente no duele y por lo general dura alrededor de 10 a 20 minutos.

Si, debido a ciertos síntomas (como sangre en la orina, dificultad para orinar o dolor en la pelvis) o a los resultados de las pruebas de detección temprana, se piensa que el hombre podría tener cáncer de la próstata, el médico hará una *biopsia* para determinar si la enfermedad realmente está presente. La biopsia con aguja de muestreo es el método principal que se utiliza para diagnosticar el cáncer de la próstata. Guiándose por el ultrasonido transrectal, el médico inserta una aguja delgada a través de la pared del recto hacia dentro del área de la próstata que parece anormal o sospechosa. La aguja extirpa un cilindro de tejido, generalmente de 1/2 pulgada de largo por 1/16 de pulgada de ancho. Este cilindro se envía al laboratorio y se examina por medio del microscopio para determinar la presencia de cáncer. Por lo general, este procedimiento se realiza en el consultorio del médico y dura menos de media hora.

Aunque al escuchar su descripción, el procedimiento da la impresión de ser doloroso, por

lo general ocasiona pocas molestias porque un instrumento especial, denominado pistola de biopsia, inserta y extrae la aguja en una fracción de segundo. Se toman varias muestras de biopsia de diferentes áreas de la próstata. Usualmente se toman de seis a dieciocho muestras (de las áreas superior, media e inferior de los lados derecho e izquierdo) para obtener una muestra representativa de la glándula y poder determinar qué tanto de la próstata está afectada por el cáncer.

Si se encuentra cáncer en las muestras de la biopsia de la próstata, se clasificará por grado para estimar la agresividad del tumor. La clasificación por grado se realiza mediante el examen de la muestra de tejido extraído durante la biopsia de la próstata. El cáncer de la próstata se clasifica dependiendo de su parecido con el tejido normal de la próstata al examinarse con el microscopio. El sistema de clasificación por grados del cáncer de la próstata que se usa más comúnmente se denomina sistema Gleason. Este sistema asigna un grado Gleason primario y secundario, cada uno de los cuales puede ir de 1 a 5, según la medida en que la disposición de las células cancerosas se asemeja a la forma en que las células normales de la próstata forman esta glándula. Si las agrupaciones de células cancerosas se asemejan a las glándulas pequeñas, regulares, uniformemente espaciadas del tejido normal de la próstata, se asigna el *grado 1 de Gleason*. Si el cáncer no tiene estas características y sus células parecen propagarse desordenadamente a través de la próstata, es un tumor de grado 5. El cáncer de grado del 2 al 4 tiene características intermedias. Debido a que con frecuencia en el cáncer de la próstata hay áreas con grados diferentes, se asignan grados primarios y secundarios a las dos áreas que

constituyen la mayor parte del cáncer. Los grados Gleason primario y secundario se suman (por ejemplo, $3+2=5$) para generar el *puntaje de Gleason* (del 2 al 10). Mientras más alto sea el puntaje, hay más probabilidades de que el cáncer crezca y se propague rápidamente y peor es el pronóstico del paciente.

Si tiene cualquier pregunta sobre los resultados anatomopatológicos o cualquier otro aspecto del proceso de diagnóstico, no dude en hacérsela a su médico. Puede obtener una revisión anatomopatológica solicitando que envíen las laminillas en las que se encuentran las delgadas secciones de su muestra de tejido a un anatomopatólogo de un centro de la NCCN u otro laboratorio que recomiende su médico.

Biopsia de los ganglios linfáticos

Este procedimiento se puede realizar para determinar si el cáncer se ha propagado de la próstata a los ganglios linfáticos cercanos. Si se encuentran células cancerosas en la muestra de biopsia de los ganglios linfáticos, por lo general no se intenta la cirugía y se consideran otras opciones de tratamiento. Hay varias opciones para realizar las biopsias de los ganglios linfáticos.

El cirujano puede extirpar los ganglios linfáticos a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. A menudo, esto se hace en la misma operación de la prostatectomía radical planificada. En ocasiones los ganglios se examinan en el laboratorio mientras usted está anestesiado para decidir si el cirujano debe proseguir con la prostatectomía radical.

Un radiólogo especialmente capacitado podría tomar muestras de células de un ganglio linfático utilizando una técnica denomi-

nada *aspiración con aguja fina* (FNA, por sus siglas en inglés). En este procedimiento, el médico usa la imagen de la tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) para guiar una aguja fina y larga hasta el interior de los ganglios linfáticos. La jeringa que está conectada a la aguja se usa para tomar una pequeña muestra de tejido de uno de los ganglios linfáticos.

Análisis de sangre

Mediante el recuento completo de células sanguíneas (CBC, por sus siglas en inglés) se determina si la sangre del paciente tiene la cantidad correcta de los distintos tipos de células. Los resultados anormales de este análisis pueden indicar que el cáncer se ha propagado a la médula ósea, donde se forman los glóbulos. Los médicos repiten estos análisis con regularidad a pacientes tratados con quimioterapia, ya que estos medicamentos afectan temporalmente las células de la médula ósea que forman la sangre.

La propagación del cáncer de la próstata a los huesos puede causar ciertas anomalías químicas en la sangre. Para detectar estos cambios, los médicos realizan análisis químicos de la sangre a fin de determinar la presencia de sustancias, tales como la *fosfatasa alcalina*. Ya que algunos de los medicamentos que se utilizan en la terapia hormonal pueden interferir con el funcionamiento del hígado, los cambios en este funcionamiento también pueden detectarse por medio de los análisis de sangre.

Tomografía computarizada

Conocida comúnmente como tomografía computarizada o tomografía axial computarizada (CT o CAT, por sus siglas en inglés), en esta técnica se usa un rayo radiográfico gira-

torio para crear una serie de imágenes del cuerpo desde muchos ángulos. Una computadora combina la información de todas estas imágenes para producir una imagen transversal detallada. La tomografía computarizada puede revelar ganglios linfáticos pélvicos anormalmente agrandados, los cuales podrían ser un signo de la propagación del cáncer o bien, de que el sistema inmunológico está combatiendo una infección. La tomografía computarizada también puede detectar la propagación a otros órganos internos, tales como el hígado. Por lo general, la tomografía computarizada no se usa antes de la cirugía para clasificar por etapas a la enfermedad en sus primeras etapas.

Imágenes de resonancia magnética

Las imágenes de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) son como una tomografía computarizada, a excepción de que se usan campos magnéticos en vez de radiografías para crear imágenes transversales detalladas de las áreas seleccionadas del cuerpo. Estas imágenes pueden mostrar nódulos anormales en los ganglios linfáticos o en los órganos internos que indiquen que el cáncer podría haberse propagado desde la próstata. Por lo general, la resonancia magnética no se usa antes de la cirugía para clasificar por etapas a la enfermedad en sus primeras etapas.

Gammagrafía ósea con radionúclidos

Este procedimiento ayuda a mostrar si el cáncer se ha propagado de la próstata hacia los huesos. Al paciente se le inyecta material radiactivo. La cantidad de radiactividad que se utiliza es baja en comparación con las dosis

mucho más altas que se utilizan en la radioterapia, y este bajo nivel de radiación no causa efectos secundarios. La sustancia radiactiva es atraída hacia las células enfermas de los huesos a través de todo el esqueleto, por lo que las áreas de hueso afectadas aparecen en la imagen de la gammagrafía ósea. Estas áreas podrían indicar la presencia de metástasis, pero la artritis y otras enfermedades de los huesos también pueden generar el mismo patrón. Una vez más, la gammagrafía ósea no se realiza rutinariamente a menos que haya signos de una enfermedad agresiva, tales como niveles marcadamente altos del antígeno prostático específico, un índice Gleason alto o un tumor grande.

Gammagrafía prostascint

Al igual que en la gammagrafía ósea, en la gammagrafía prostascint también se usa material radiactivo de bajo nivel para detectar el cáncer que se ha propagado más allá de la próstata. El material radiactivo que se utiliza para realizar la gammagrafía ósea se acumula en las áreas donde el hueso está dañado debido al cáncer de la próstata, otros tipos de cáncer o padecimientos benignos. El material radiactivo que se utiliza en la gammagrafía prostascint está adherido a un anticuerpo monoclonal, el cual es un tipo de anticuerpo elaborado en el laboratorio para que reconozca una sustancia en particular y se adhiera a ella. En este caso, el anticuerpo reconoce específicamente al antígeno prostático específico de membrana (PSMA, por sus siglas en inglés), una sustancia que se encuentra sólo en las células de la próstata normales y cancerosas. La ventaja de esta técnica es que se detecta la propagación del cáncer de la próstata a los huesos, así como a

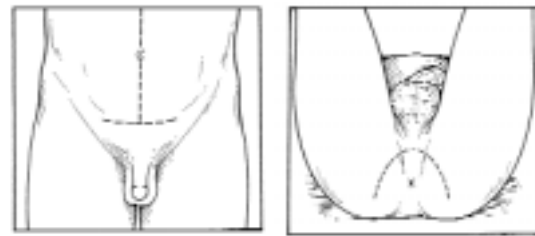
los ganglios linfáticos y a otros órganos y también se puede distinguir el cáncer de la próstata de otros tipos de cáncer y enfermedades benignas.

Tipos de tratamientos contra el cáncer de la próstata

Prostatectomía radical

En esta operación se extirpa toda la próstata, más algún tejido a su alrededor, y se usa con más frecuencia si se piensa que el cáncer no se ha propagado fuera de la glándula. El paciente está ya sea bajo los efectos de la anestesia general (dormido y totalmente inconsciente) o bajo los efectos de anestesia espinal o epidural (el mismo tipo de anestesia que a menudo se usa con las mujeres durante el parto para adormecerles la parte inferior del cuerpo) con sedación durante la cirugía.

Hay dos tipos principales de *prostatectomía radical*: la prostatectomía radical retropúbica y la prostatectomía radical perineal. En la operación retropúbica, el cirujano hace una incisión en la piel en la parte inferior del abdomen. El cirujano puede extirpar los ganglios linfáticos a través de la misma incisión. La prostatectomía radical retropúbica con preservación de los nervios es una modificación de esta operación. Durante este procedimiento, el cirujano palpa cuidadosamente los pequeños manojos de nervios ubicados a cada lado de la próstata. Si al parecer, el cáncer no se ha propagado a estos nervios, el cirujano no los extirpará. Debido a que éstos son los nervios que se necesitan para las erecciones, dejarlos intactos disminuye (pero no elimina)



Técnica retropúbica

Técnica perineal

Ilustración 3. Prostatectomía radical

el riesgo de impotencia (no poder tener una erección) después de la cirugía.

En la prostatectomía radical perineal se extirpa la próstata a través de una incisión en la piel hecha entre el escroto y el ano. Las operaciones en las que se preservan los nervios son más difíciles de realizar con este método y los ganglios linfáticos no se pueden extirpar a través de esta incisión. Si es necesario examinar los ganglios linfáticos de los hombres que se someten a la prostatectomía radical perineal, el cirujano puede extirpar algunos ganglios linfáticos a través de una diminuta incisión en la piel del abdomen o utilizando un laparoscopio. Un *laparoscopio* es un tubo largo y estrecho por el cual un cirujano puede ver y extirpar los ganglios linfáticos ubicados cerca de la próstata.

Después de estas operaciones, la estadía promedio en el hospital es de tres días y el tiempo promedio sin ir al trabajo es de tres a cinco semanas. Por lo general, después de la cirugía mientras el paciente está dormido todavía, se introduce un catéter a través del pene hasta el interior de la vejiga. El catéter permanece en su lugar de 10 a 21 días para ayudar a los pacientes a orinar fácilmente mientras se curan.

Etapas del cáncer de la próstata

La etapa del cáncer de la próstata indica hasta dónde el cáncer se ha propagado dentro de la próstata, a los tejidos cercanos y a otros órganos. La etapa del cáncer es uno de los factores más importantes en la selección de las opciones de tratamiento, así como el factor más significativo (pero no el único) para hacer el pronóstico.

El sistema de clasificación según la etapa es una forma estandarizada en la que el equipo de atención del cáncer describe la medida en que se ha propagado el cáncer. El sistema que se utiliza más comúnmente en Estados Unidos es el denominado sistema TNM, elaborado por el Comité Conjunto Americano sobre el Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés). El sistema TNM describe la extensión del tumor primario (T), la ausencia o presencia de metástasis a los ganglios (nódulos) linfáticos cercanos (N) y la ausencia o presencia de metástasis distantes (M).

Etapas T

En realidad, hay dos tipos de clasificaciones T para el cáncer de la próstata. La *etapa clínica* está basada en el examen digital del recto, la biopsia por aguja y los resultados del ultrasonido transrectal. La *etapa anatomopatológica* se basa en la extirpación quirúrgica y el examen de toda

la próstata, ambas vesículas seminales (las dos bolsas pequeñas a los lados de la próstata que almacenan el semen) y, en algunos casos, los ganglios linfáticos cercanos. La etapa clínica se usa para tomar decisiones sobre el tratamiento, tales como si el paciente se puede beneficiar de la extirpación de la próstata. Sin embargo, en la etapa clínica se puede subestimar la extensión de la propagación del cáncer, y la etapa anatomopatológica que se determina después de la cirugía es más precisa para hacer el pronóstico de supervivencia del paciente. A los hombres que no se someten a la prostatectomía radical no se les determina la etapa anatomopatológica T. Son cuatro las categorías para describir la etapa T del cáncer de la próstata:

La etapa T1 se refiere a un tumor que no se siente durante el examen digital del recto, pero en el que se encuentran células cancerosas en una muestra de biopsia de la próstata o de la prostatectomía. El cáncer de la próstata en la etapa T1 se puede subclasificar además como T1a, T1b y T1c. Las etapas T1a y T1b describen al cáncer de la próstata que se encuentra por casualidad (por “accidente”) durante la *resección transuretral de la próstata* (TURP, por sus siglas en inglés), un procedimiento quirúrgico que se hace para aliviar los síntomas del agrandamiento benigno de la próstata. Por lo general, esta operación se hace porque la próstata agrandada presiona

sobre la uretra y hace que el hombre tenga dificultades para orinar. Cuando el tejido prostático se extirpa y se examina en el microscopio, se puede encontrar cáncer, aun cuando el médico que extirpó el tejido no esperaba encontrarlo. La etapa T1a indica que menos del 5% del tejido extirpado es canceroso y que más del 95% es benigno. Si más del 5% del tejido es canceroso, se clasifica como T1b. El cáncer en etapa T1c también se encuentra solamente mediante biopsia, pero en estos casos se hace una biopsia con aguja de muestreo porque el resultado de la prueba del antígeno prostático específico en la sangre indicó que pudiera haber un cáncer.

La etapa T2 significa que el médico puede palpar el cáncer de la próstata al realizar el examen digital del recto y considera que el cáncer todavía está limitado al interior de la próstata. Esta categoría se subclasifica en T2a o T2b. La etapa T2a significa que el tumor se encuentra solamente en el lado derecho o el lado izquierdo de la próstata, pero no en ambos lados. Si tanto el lado derecho como el izquierdo están afectados, es un cáncer en la etapa T2b.

El cáncer en **la etapa T3** se ha propagado al tejido conectivo ubicado al lado de la próstata, a las vesículas seminales (las dos bolsas pequeñas a los lados de la próstata que almacenan el semen), o a ambos, pero no compromete ningún otro órgano. Este

grupo se divide en T3a y T3b. En la etapa T3a, el cáncer se extiende fuera de la próstata, pero no se ha propagado a las vesículas seminales. En la etapa T3b, el cáncer se ha propagado a las vesículas seminales.

La etapa T4 significa que el cáncer se ha propagado a los tejidos adyacentes a la próstata (que no sean las vesículas seminales), tales como el esfínter externo de la vejiga (los músculos que ayudan a controlar la orina), el recto, la pared de la pelvis, o a todos éstos.

Etapas N

La etapa N0 significa que el cáncer no se ha propagado a ganglio linfático alguno. La N1 indica que el cáncer se ha propagado a uno o más ganglios linfáticos regionales en la pelvis. La Nx significa que no se han hecho análisis para detectar si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos.

Etapas M

La etapa M0 significa que el cáncer no ha hecho metástasis más allá de los ganglios regionales. La M1 significa que hay metástasis en los ganglios linfáticos distantes (fuera de la pelvis), en los huesos u otros órganos distantes tales como los pulmones, el hígado o el cerebro. La Mx significa que no se han hecho análisis para detectar si el cáncer se ha propagado a lugares distantes.

Radioterapia

En la radioterapia se usan rayos (como los rayos X) y partículas (como los electrones o protones) de alta energía para destruir las células cancerosas. En ocasiones, se usa la radiación para tratar el cáncer que todavía está limitado a la próstata o que se ha propagado al tejido cercano. Si la enfermedad está más avanzada, se puede usar la radiación para reducir el tamaño del tumor. Los dos tipos principales de radioterapia son la radiación por rayos externos y la braquiterapia (radiación interna).

Radiación por rayos externos: La radiación por rayos externos se enfoca desde una fuente fuera del cuerpo sobre el área afectada por el cáncer. Es bastante parecido a hacerse una radiografía diagnóstica, pero durante más tiempo. Antes de comenzar el tratamiento, se realizan estudios por imágenes para determinar la ubicación del cáncer. Los integrantes del equipo de radiación marcan con tinta la piel del paciente y después usan estas marcas para guiarse y poder enfocar la radiación en el área correcta. Por lo general, los pacientes reciben tratamiento cinco días a la semana en un centro de consulta externa durante un período de siete u ocho semanas. Cada tratamiento dura unos pocos minutos.

Hay una nueva forma de radiación por rayos externos que parece ser prometedora para aumentar la tasa de éxito y disminuir los efectos secundarios. En la *radiación conformal tridimensional* se usan sofisticadas computadoras para señalar en forma muy precisa la ubicación del cáncer dentro de la próstata. Al paciente se le hace usar un molde plástico parecido a un enyesado de cuerpo para mantenerlo inmóvil a fin de poder dirigir la

radiación con más precisión. Después, se dirigen al punto preciso haces de radiación desde varias direcciones. Los resultados a corto plazo indican que, al dirigir la radiación en forma más precisa, es posible reducir el daño de la radiación a los tejidos cercanos a la próstata y aumentar la eficacia aumentando la dosis de radiación que llega al cáncer.

Radioterapia interna (braquiterapia): En la radioterapia interna se usan pequeñas bolitas, cápsulas o perdigones radiactivos (cada uno alrededor del tamaño de un grano de arroz) que se implantan directamente (en forma permanente o temporal) dentro de la próstata. Los estudios por imágenes, tales como el ultrasonido transrectal, las tomografías computarizadas (CT) o las imágenes de resonancia magnética (MRI) se usan para guiar con precisión la colocación del material radiactivo dentro del cáncer. Los materiales radiactivos (isótopos tales como el yodo 125 o el paladio 103) se colocan dentro de agujas finas, las cuales se insertan a través de la piel del perineo (área entre el escroto y el ano) en el interior de la próstata. Estas bolitas permanentes, denominadas en ocasiones “semillas”, emiten radiación durante semanas o meses. Debido a que son tan pequeñas, su presencia ocasiona poca molestia y simplemente se dejan en su lugar después de que se consume su material radiactivo. Otra posibilidad es colocar agujas que contienen más material radiactivo por periodos menores de un día. A este método se le denomina braquiterapia en altas dosis. Aproximadamente durante una semana después de insertar las agujas, los pacientes podrían sentir algo de dolor en el área del perineo y su orina podría tener una coloración café rojiza.

Terapia hormonal

Este tratamiento a menudo se usa en pacientes cuyo cáncer de la próstata se ha propagado más allá de la próstata o que ha recurrido después del tratamiento. El objetivo de la terapia hormonal es disminuir los niveles de las *hormonas* masculinas, los andrógenos. El andrógeno principal se denomina *testosterona*. Los *andrógenos* se producen principalmente en los testículos y hacen que las células del cáncer de la próstata crezcan. Disminuir los niveles de andrógenos puede hacer que el cáncer de la próstata se encoja o crezca más lentamente. Sin embargo, la terapia hormonal no cura el cáncer. Son varios los métodos que se usan para la terapia hormonal.

Algunos casos de cáncer de la próstata no responden a la terapia hormonal y se les denomina cáncer independiente de los andrógenos. Algunos casos de esta enfermedad responden a la terapia hormonal por unos años antes de hacerse independientes de los andrógenos. Con menos frecuencia, el cáncer de la próstata puede ser independiente de los andrógenos en el momento en que se diagnostica.

Orquiectomía: En esta operación se extirpan los testículos. Aunque es un tratamiento quirúrgico, la orquiectomía se considera una terapia hormonal porque funciona extirpando la fuente principal de hormonas masculinas. Al reducir los niveles de andrógenos, la orquiectomía puede encoger la mayoría de casos de cáncer de la próstata o hacer más lento su crecimiento.

Análogos de la luliberina: Estos medicamentos pueden reducir la cantidad de testos-

terona producida por los testículos de un hombre en forma tan eficaz como la extirpación quirúrgica de los testículos. Los análogos de la luliberina (LHRH, por sus siglas en inglés, denominados también agonistas de la luliberina) se inyectan mensualmente o cada tres meses. Los dos análogos de la luliberina disponibles en la actualidad en Estados Unidos son leuprolide (Lupron®) y goserelin (Zoladex®).

Antiandrógenos: Incluso después de la orquiectomía o durante el tratamiento con *análogos de la luliberina*, las glándulas suprarrenales siguen produciendo una pequeña cantidad de andrógenos. Los antiandrógenos bloquean la capacidad del cuerpo para usar los andrógenos. Los medicamentos de este tipo, tales como flutamide (Eulexin®), bicalutamide (Casodex®) y nilutamide (Nilandron®), se toman en píldoras, una o tres veces al día. Los antiandrógenos a menudo se usan en combinación con la orquiectomía o los análogos de la luliberina. A esta combinación se le denomina bloqueo total de los andrógenos.

Otros medicamentos hormonales: Si los tratamientos hormonales de “primera línea” pierden su eficacia, en ocasiones se utilizan el acetato de megestrol (Megace®) y la medroxi-progesterona (DepoProvera®). El ketoconazol (Nizoral®), que al principio se usaba para tratar las infecciones micóticas y que más tarde se encontró que también servía como antiandrógeno, es otro medicamento que se usa en la terapia hormonal de “segunda línea”.

Quimioterapia

La quimioterapia es una opción para los pacientes cuyo cáncer de la próstata se ha

propagado fuera de la próstata y en quienes la terapia hormonal no ha surtido efecto. Con la quimioterapia no se espera destruir todas las células cancerosas, pero puede hacer más lento el crecimiento del tumor y reducir el dolor.

En la quimioterapia se usan medicamentos contra el cáncer que se inyectan en una vena, en un músculo o se toman por vía oral. Estos medicamentos destruyen las células cancerosas, pero también dañan algunas células normales. El médico debe mantener un equilibrio delicado de las dosis de quimioterapia, haciendo que sean lo suficientemente fuertes como para destruir las células cancerosas, pero no tan fuertes como para destruir muchas células sanas.

Algunos de los medicamentos de quimioterapia que se utilizan en el tratamiento del cáncer de la próstata que ha vuelto a aparecer o que continúa creciendo y propagándose después del tratamiento con terapia hormonal incluyen doxorubicina (Adriamycin), estramustina, etopósido, mitoxantrona, vinblastina y paclitaxel. A menudo se administran dos o más medicamentos juntos para reducir la posibilidad de que las células cancerosas se hagan resistentes a la quimioterapia. El carcinoma de células pequeñas es un tipo poco común de cáncer de la próstata que tiene más probabilidades de responder a la quimioterapia que a la terapia hormonal. El carcinoma de células pequeñas empieza más a menudo en los pulmones que en la próstata. Debido a que el cáncer pulmonar de células pequeñas responde a menudo a la quimioterapia con cisplatino y etopósido, estos medicamentos son

recomendables para tratar el cáncer de células pequeñas que se presentan en la próstata.

Terapia expectante (Espera bajo observación o terapia postergada)

Una estrategia para algunos pacientes con cáncer de la próstata puede ser “observar y esperar” sin recibir tratamiento activo inmediato. El cáncer se observa y vigila con regularidad y cuidadosamente. Este método podría ser recomendable si el cáncer de la próstata no está causando síntomas, especialmente si es muy pequeño y está limitado a un área de la próstata, si se espera que crezca muy lentamente o bien, si el paciente es de edad avanzada, si su salud es delicada o si tiene otros problemas de salud graves. Debido a que el cáncer de la próstata a menudo crece con mucha lentitud, muchos hombres de edad avanzada que padecen esta enfermedad nunca necesitan tratamiento. Algunos hombres pudieran decidir que los efectos secundarios de los tratamientos más agresivos superan los beneficios que esperan obtener. En estos casos, el hombre pudiera optar por esperar bajo observación.

Tratamiento del dolor y otros síntomas

En la mayor parte de este documento se habla sobre las formas de extirpar o destruir las células cancerosas de la próstata o hacer más lento su crecimiento. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que mantener su calidad de vida es un objetivo importante. No dude en hablar sobre sus síntomas, o cualquier preocupación con respecto a la calidad de su vida, con el equipo de atención médica que le atiende por el cáncer. Los

bifosfonatos son un grupo de medicamentos que pueden hacer más lento el daño a los huesos causado por la propagación del cáncer de la próstata hacia el interior de los huesos. Estos medicamentos pueden aliviar el dolor causado por las metástasis en los huesos y pueden hacer más lento el crecimiento de estas metástasis. Hay otras formas eficaces y seguras de tratar el dolor, la mayoría de los síntomas del cáncer de la próstata y la mayoría de los efectos secundarios causados por los tratamientos contra el cáncer de la próstata. Cuando se recetan adecuadamente, los medicamentos pueden aliviar el dolor con eficacia sin el riesgo de adicción, dependencia o sentirse demasiado somnoliento como para continuar realizando la mayoría de sus actividades usuales. Soportar dolor innecesario no tiene beneficio alguno. Los medicamentos contra el dolor no interfieren con los tratamientos contra el cáncer. De hecho, obtener un alivio eficaz para el dolor puede ayudar a algunos pacientes a mantenerse más activos y puede, indirectamente, ayudarles a vivir más tiempo.

Terapias complementarias o alternativas

Si está considerando someterse a cualquier tratamiento alternativo o método complementario que no está comprobado, es mejor que hable sobre esto francamente con el equipo de atención de cáncer que le atiende y que solicite información a la Sociedad Americana del Cáncer o al Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute). Algunos tratamientos que no están comprobados pueden interferir con los tratamientos médicos estándar o causar efectos secundarios graves.

Efectos secundarios de los tratamientos contra el cáncer de la próstata

Incontinencia

La incontinencia es no poder controlar el flujo urinario, lo que resulta en fuga o chorreo de la orina. La incontinencia se divide en tres tipos: la incontinencia de esfuerzo, la incontinencia por rebosamiento y la incontinencia por necesidad imperiosa de orinar. La incontinencia de esfuerzo hace que la orina escape al toser, reír, estornudar o hacer ejercicio. Por lo general se debe a problemas con el esfínter de la vejiga (la válvula muscular que mantiene la orina en la vejiga). Los tratamientos contra el cáncer de la próstata pueden dañar los músculos que forman esta válvula o los nervios que mantienen al músculo trabajando. La incontinencia de esfuerzo es el tipo más común de incontinencia después de la cirugía de la próstata. Los hombres con incontinencia por rebosamiento se tardan mucho en orinar y con poca fuerza tienen derrames de orina. La incontinencia por rebosamiento por lo general se debe a un bloqueo o estrechamiento de la salida de la vejiga, ya sea por el cáncer o tejido cicatricial, por lo que se produce un vaciado deficiente de la vejiga. Los hombres con incontinencia por necesidad imperiosa de orinar con frecuencia tienen una necesidad súbita de ir al baño a orinar (*necesidad imperiosa de orinar*). Este problema se presenta cuando la vejiga se vuelve demasiado sensible al estiramiento por la acumulación de orina.

El tratamiento de la incontinencia depende de su tipo, causa y gravedad. A algunos hombres les da vergüenza hablar sobre este asunto, pero es importante recordar que éste es un

problema médico común, y que hay muchos tratamientos para mejorar esta situación.

Impotencia

La impotencia, conocida también como disfunción eréctil, es no poder lograr la erección del pene.

Los nervios que permiten que los hombres tengan erecciones pueden dañarse o extirparse durante la prostatectomía radical. La radioterapia también puede dañar estos nervios. Hay varias soluciones disponibles para los hombres con impotencia. Las prótesis (implantes de pene) pueden restaurar la capacidad para tener erecciones. La prostaglandina E1 es una sustancia producida naturalmente en el organismo que puede producir erecciones. Este medicamento se puede inyectar casi sin dolor en la base del pene entre cinco y diez minutos antes de la relación sexual, o se puede introducir en la uretra en forma de supositorio. También hay dispositivos de vacío que pueden crear una erección. Estas bombas mecánicas se colocan alrededor de todo el pene antes de la relación sexual. El citrato de sildenafil (Viagra®) es un medicamento que puede promover erecciones al aumentar el flujo de sangre al pene.

Efectos secundarios de la cirugía de la próstata

Los principales efectos secundarios de la prostatectomía radical son la incontinencia y la impotencia. Por lo general, el control normal de la vejiga se restablece en un período de varias semanas o meses después de esta operación. El derramar una pequeña cantidad de orina al toser, reírse, estornudar o hacer ejercicio puede continuar permanentemente después de la prostatectomía en hasta el 35%

de los hombres. Algunos pacientes (entre 2% y 5%) tienen incontinencia de esfuerzo más severa, la cual puede ser permanente. Durante los primeros tres a doce meses después de la prostatectomía radical, la mayoría de los hombres padecerán disfunción eréctil y tendrán que usar medicamentos u otros tratamientos si desean tener una erección. El efecto de esta operación sobre la capacidad de un hombre para lograr una erección está relacionado con la edad del paciente y si la cirugía se realizó con preservación de los nervios.

Casi todos los hombres que se someten a una prostatectomía radical deben esperar cierta disminución en su capacidad para tener una erección, pero los hombres más jóvenes pueden esperar retener más de su capacidad. Después de una prostatectomía radical estándar, entre 65% y 90% de los hombres quedarán impotentes, dependiendo de su edad. Si durante la cirugía no se extirpan los nervios a los lados de la próstata, la tasa de impotencia disminuye a entre 25% y 30% de los hombres menores de 60 años de edad. Sin embargo, la impotencia se presenta entre 70% y 80% de los hombres mayores de 70 años, aunque no se hayan extirpado los nervios de ambos lados.

Efectos secundarios de la radioterapia

Los efectos secundarios de la radiación con rayos externos pueden incluir diarrea y colitis (la irritación de los intestinos). En ocasiones, la función intestinal normal no se recupera sino hasta después de terminado el tratamiento. Tanto durante el tratamiento como después del mismo, otros efectos secundarios pueden incluir orinar con frecuencia, incontinencia por necesidad imperiosa de orinar (sensación de tener ganas de orinar en todo

momento), ardor al orinar y sangre en la orina. La radioterapia también puede causar una sensación de cansancio que puede continuar hasta uno o dos meses después de terminado el tratamiento. Alrededor de 40% a 60% de los hombres que se someten a la radiación de rayos externos presentan algún grado de impotencia (no poder tener una erección). Por lo general, la impotencia no se presenta inmediatamente después de la radioterapia, sino que aparece gradualmente después de un año o más.

La braquiterapia también puede causar impotencia, incontinencia urinaria y problemas intestinales. Hasta 5% de los pacientes pueden presentar problemas rectales considerables (ardor, dolor y diarrea), los cuales una vez que se presentan, son difíciles de tratar.

Efectos secundarios de la terapia hormonal

Después de la orquiectomía, a aproximadamente 90% de los hombres se les reduce o pierden la *libido* (el deseo sexual) y padecen de impotencia. Algunos hombres padecen *sensaciones repentinas de calor* (bochornos) después de la cirugía, pero éstas desaparecen con el tiempo.

Los efectos secundarios de los análogos de la luliberina son iguales a los de la orquiectomía e incluyen reducción o ausencia del deseo sexual, impotencia y sensaciones repentinas de calor. Algunos hombres también padecen sensibilidad en los senos y les crece el tejido de los senos. Estos efectos secundarios se presentan en forma casi tan común como después de una orquiectomía.

Los efectos secundarios de los antiandrógenos en pacientes que ya se han sometido a la orquiectomía o al tratamiento con agonistas de la luliberina generalmente no son graves ni comunes, pero pueden incluir náuseas, diarrea y cansancio. El uso de estos medicamentos (análogos de la luliberina y antiandrógenos) también puede causar efectos a largo plazo (enfermedad del hígado, osteopenia [disminución de la densidad de los huesos]).

Efectos secundarios de la quimioterapia

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo de medicamento o medicamentos, la cantidad administrada y la duración del tratamiento. Los efectos secundarios temporales pueden incluir náuseas y vómitos, pérdida del apetito, caída del cabello y llagas en la boca. Debido a que la quimioterapia puede dañar las células de la médula ósea productoras de sangre, los pacientes pueden tener bajos niveles de recuento de células sanguíneas. Esto puede causar que haya mayores probabilidades de infección (debido a la escasez de glóbulos blancos), exceso de sangrado o hematomas (moretones) después de cortaduras o lesiones menores (debido a la escasez de plaquetas) y cansancio (debido a los bajos niveles de recuento de glóbulos rojos). La mayoría de los efectos secundarios desaparecen una vez terminado el tratamiento. Hay tratamientos para la mayoría de los efectos secundarios temporales de la quimioterapia. Por ejemplo, se pueden administrar medicamentos antieméticos para prevenir o reducir las náuseas y los vómitos.

Tratamiento y seguimiento del cáncer de la próstata según su etapa

La etapa o estadio del cáncer es uno de los factores más importantes al seleccionar las opciones de tratamiento. En la siguiente sección se presentan las guías de tratamiento según su etapa (TNM) del Comité Conjunto Americano sobre el Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés) (consulte las páginas 16-17).

Método para considerar las opciones de tratamiento

Los expertos en el tratamiento contra el cáncer de la próstata recomiendan que los hombres consideren las opciones de tratamiento en el contexto de su edad y estado de salud general, los objetivos del tratamiento y los efectos secundarios. Los hombres de edad más avanzada y los que tienen otros problemas de salud graves a menudo consideran más útil pensar en el cáncer de la próstata como una enfermedad crónica, algo que probablemente no los matará pero que puede causarles síntomas que desean evitar. Teniendo esto en mente, el objetivo es aliviar los síntomas y evitar o minimizar los efectos secundarios del tratamiento. Esta perspectiva puede hacer que algunos hombres elijan esperar bajo observación o someterse a la terapia hormonal. La radioterapia es otra opción adecuada para algunos pacientes. Brinda una tasa de supervivencia a 5 años igual que la que ofrece la prostatectomía radical.

Por otra parte, los hombres en su cuarta y quinta década de vida también querrán enterarse acerca de las tasas de supervivencia a 10 y 20 años. Posponer o aliviar los síntomas pudiera no ser su objetivo principal. Más bien,

muchos hombres saludables más jóvenes están más interesados en una cura o, por lo menos, en sobrevivir más de 10 ó 20 años. Las consideraciones en relación con los efectos secundarios son otro factor muy importante. Algunos hombres no pueden imaginar la vida con efectos secundarios tales como la incontinencia o la impotencia. A otros hombres estos efectos secundarios les preocupan menos y están más interesados en la supervivencia.

Estas decisiones tan difíciles son aún más difíciles cuando los hombres tratan de tomarlas solos. Para muchos hombres les es útil hablar con otros hombres que han pasado o que están pasando por lo mismo. El programa Man-to-Man (De Hombre a Hombre) de la Sociedad Americana del Cáncer, así como programas similares patrocinados por centros de atención a pacientes con cáncer y otras organizaciones de pacientes, proporcionan un medio para que los hombres se reúnan y hablen sobre estos problemas y el cáncer. Para obtener más información, llame a la Sociedad Americana del Cáncer al número gratis 1-800-227-2345 o visite nuestra página web en www.cancer.org.

Otros asuntos que deben considerarse durante el tratamiento y después de éste

Durante el tratamiento contra el cáncer de la próstata y después del mismo, podría acelerar su recuperación y mejorar su calidad de vida si adopta un papel activo. Aprenda cuáles son los beneficios y las desventajas de cada una de sus opciones de tratamiento y haga preguntas al equipo de atención de cáncer que le atiende

si hay algo que no entiende. Sepa cuáles son los efectos secundarios del tratamiento, esté pendiente de ellos e informe inmediatamente su presencia a los integrantes del equipo de atención de cáncer que le atiende para que puedan tomar medidas a fin de reducirlos al mínimo y acortar su duración.

Recuerde que su organismo es tan único como su personalidad y sus huellas digitales. Aunque entender en qué etapa tiene el cáncer y la eficacia de sus opciones de tratamiento puede ayudar a predecir los problemas médicos a los que podría enfrentarse, nadie puede determinar precisamente cómo reaccionará ante el cáncer o su tratamiento.

Podría beneficiarle tener antecedentes excelentes de nutrición y de actividad física, un sólido sistema de apoyo familiar o una fe profunda, ya que esto podría marcar la diferencia en cómo reaccionará ante el cáncer. También hay profesionales experimentados en servicios de salud mental, pastorales y en trabajo social que pueden ayudarle a lidiar con su enfermedad.

También puede ayudarse a sí mismo a recuperarse del cáncer si toma decisiones saludables en cuanto a su estilo de vida. Si usa tabaco, deje de hacerlo ahora mismo. Abandonar el tabaco mejorará su salud en general y volver a gozar del sentido del olfato plenamente podría ayudarle a disfrutar de una dieta sana durante su recuperación. Si toma alcohol, limite la cantidad. No tome más de 1 ó 2 copas al día. La buena nutrición puede ayudarle a mejorarse después del tratamiento. Mantenga una dieta nutritiva y balanceada. Coma bastantes alimentos de origen vegetal (frutas, verduras y ensaladas) y alimentos de granos integrales.

Si se está sometiendo a tratamiento contra el cáncer, esté consciente de la lucha que se está librando en su cuerpo. La radioterapia y quimioterapia contribuyen al cansancio que de por sí causa esta enfermedad. Descanse todo lo necesario para que se sienta mejor a medida que pasa el tiempo. Empiece a hacer ejercicio cuando se sienta lo suficientemente descansado. Pregunte al equipo de atención que le atiende si el cáncer o sus tratamientos podrían limitar su programa de ejercicio u otras actividades.

Es importante que el hecho de estar concentrado en los análisis, tratamientos y aspectos físicos de la recuperación no le impida atender también su salud emocional, psicológica y espiritual.

A menudo, los asuntos relacionados con la sexualidad preocupan mucho a los hombres que padecen cáncer de la próstata. Es importante recordar que algunos tratamientos contra esta enfermedad pueden tener un impacto negativo sobre el interés sexual, la respuesta sexual, o ambos. Los asuntos relacionados con la pareja también son importantes porque afectan tanto al paciente como a su pareja. Generalmente, a la pareja le preocupa cómo expresar su amor física y emocionalmente durante el tratamiento y después del mismo.

Algunas sugerencias que pueden ayudar a los hombres a lidiar con estos cambios en la imagen que tienen de su cuerpo incluyen buscar el apoyo de otras personas, preferiblemente antes de la cirugía, hacer participar a su pareja lo antes posible después de la cirugía y comunicar francamente lo que siente, necesita y desea.

El diagnóstico de cáncer y su tratamiento son retos importantes en la vida que le afectan a usted y a todos sus seres queridos. Antes de que llegue al punto en que se sienta abrumado, considere asistir a una reunión de un grupo local de apoyo. Si necesita otro tipo de

ayuda individual, comuníquese con el departamento de servicio social de su hospital o con la Sociedad Americana del Cáncer para que le brinden información sobre cómo comunicarse con consejeros o proveedores de otros servicios.

Acerca de los estudios clínicos

Cuando se estudian tratamientos nuevos o experimentales, los investigadores desean saber:

- ¿Funciona este nuevo tipo de tratamiento mejor que los otros que ya están disponibles?
- ¿Qué efectos secundarios causa este tratamiento?
- ¿Los beneficios superan a los riesgos, incluyendo a los efectos secundarios?
- ¿Qué pacientes tendrán mayores probabilidades de beneficiarse con el tratamiento?

Durante su tratamiento contra el cáncer de la próstata, su médico podría sugerirle que participe en un estudio clínico de un tratamiento nuevo. Usted debe saber que los científicos sólo conducen un estudio clínico cuando tienen razón para creer que el tratamiento que se está estudiando

puede realmente ser superior a otros tratamientos. Nadie recibirá un placebo (pastilla de azúcar) si ya se dispone de un tratamiento. Durante los estudios de un nuevo medicamento que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) todavía no ha aprobado, algunos pacientes recibirán el tratamiento normal, mientras que otros recibirán el medicamento experimental. Una computadora asigna los participantes a cada grupo al azar.

Debe demostrarse que el tratamiento experimental funcionará mejor que el tratamiento normal. La nueva terapia puede tener algunos efectos secundarios sobre los que su médico le hablará antes de que empiece a participar en el estudio.

Los estudios clínicos tienen tres fases en las que los tratamientos se estudian antes de que puedan someterse a la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos. El objetivo de un estudio de Fase I es encontrar la mejor forma de

administrar un tratamiento nuevo, así como la cantidad que puede administrarse en forma segura. Los médicos observan cuidadosamente a los pacientes para determinar si se presentan efectos secundarios. Mientras que los tratamientos que se estudian en estudios de Fase I se han probado extensamente en el laboratorio y en estudios con animales, no es posible predecir completamente cuáles serán los efectos secundarios en pacientes.

Los estudios de Fase II determinan la eficacia de un tratamiento bajo investigación después de que se ha evaluado su seguridad en un estudio de Fase I. Mediante la medición de las localizaciones del cáncer presentes al comienzo del estudio, los médicos observan estrechamente a los pacientes para determinar si se presenta algún efecto contra el cáncer. Además de observar a los pacientes para determinar si hay una respuesta, todos los efectos secundarios se registran y evalúan con detenimiento.

Los estudios de Fase III requieren de un gran número de pacientes, algunas veces miles de ellos. Un “grupo de control” de pacientes podría recibir el tratamiento estándar (el más aceptado), mientras que otro grupo de pacientes, asignados al azar, podría recibir el tratamiento o el medicamento bajo estudio. De esta forma, los investigadores pueden comparar los dos grupos para determinar si el nuevo

tratamiento brinda más beneficios en cuanto a la supervivencia y calidad de vida. Los médicos observan estrechamente a todos los pacientes en estudios de Fase III a fin de determinar si se presentan efectos secundarios. El estudio se suspende si los efectos secundarios son demasiado graves.

Participar en cualquier estudio clínico es algo estrictamente voluntario. Sus médicos y el personal de enfermería le explicarán el estudio a fondo y le darán un formulario para que lo lea y lo firme. Este documento, conocido como consentimiento válido, afirma que usted conoce los riesgos y desea participar. Aun después de haber firmado el documento y de que haya comenzado el estudio, puede abandonarlo en cualquier momento y por cualquier razón. Participar en un estudio clínico es una opción apropiada para hombres con cáncer de la próstata en cualquier etapa. Participar en el estudio no le impide recibir otra atención médica que pueda necesitar. Sin embargo, debe hablar con su compañía de seguro médico para averiguar en qué forma cubrirá los costos de su participación en un estudio clínico.

Participar en un estudio clínico podría ayudarle a usted directamente y también a otros hombres que padezcan de cáncer de la próstata en el futuro. Por esto, integrantes de la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer están dedicados a realizar los estudios clínicos.

Guías para la evaluación y el tratamiento

Diagramas de toma de decisiones

Los “diagramas de toma de decisiones”, o algoritmos, que se presentan en las páginas siguientes, representan las distintas etapas del cáncer de la próstata. En cada uno se le muestra, paso a paso, la forma en que usted y su médico pueden tomar las decisiones necesarias sobre su tratamiento.

Recuerde que esta información no debe utilizarse sin el asesoramiento de su médico, quien está familiarizado con su situación, su historia clínica y sus preferencias personales.

Participar en un estudio clínico es una opción adecuada para los hombres que tienen cáncer de la próstata en cualquier etapa. Su participación en un estudio no impide que reciba cualquier otra atención médica que pudiera necesitar.

Las guías de la National Comprehensive Cancer Network se actualizan a medida que se dispone de nuevos datos significativos. Para asegurarse que tiene la versión más reciente de estas guías o sobre el cáncer en general, consulte las páginas de Internet de la Sociedad Americana del Cáncer (www.cancer.org) o de la NCCN (www.nccn.org) o llame a la Sociedad Americana del Cáncer al 1-800-227-2345 (un especialista en información sobre el cáncer le atenderá en español) o a la NCCN al 1-888-909-NCCN.

Antes de la detección temprana

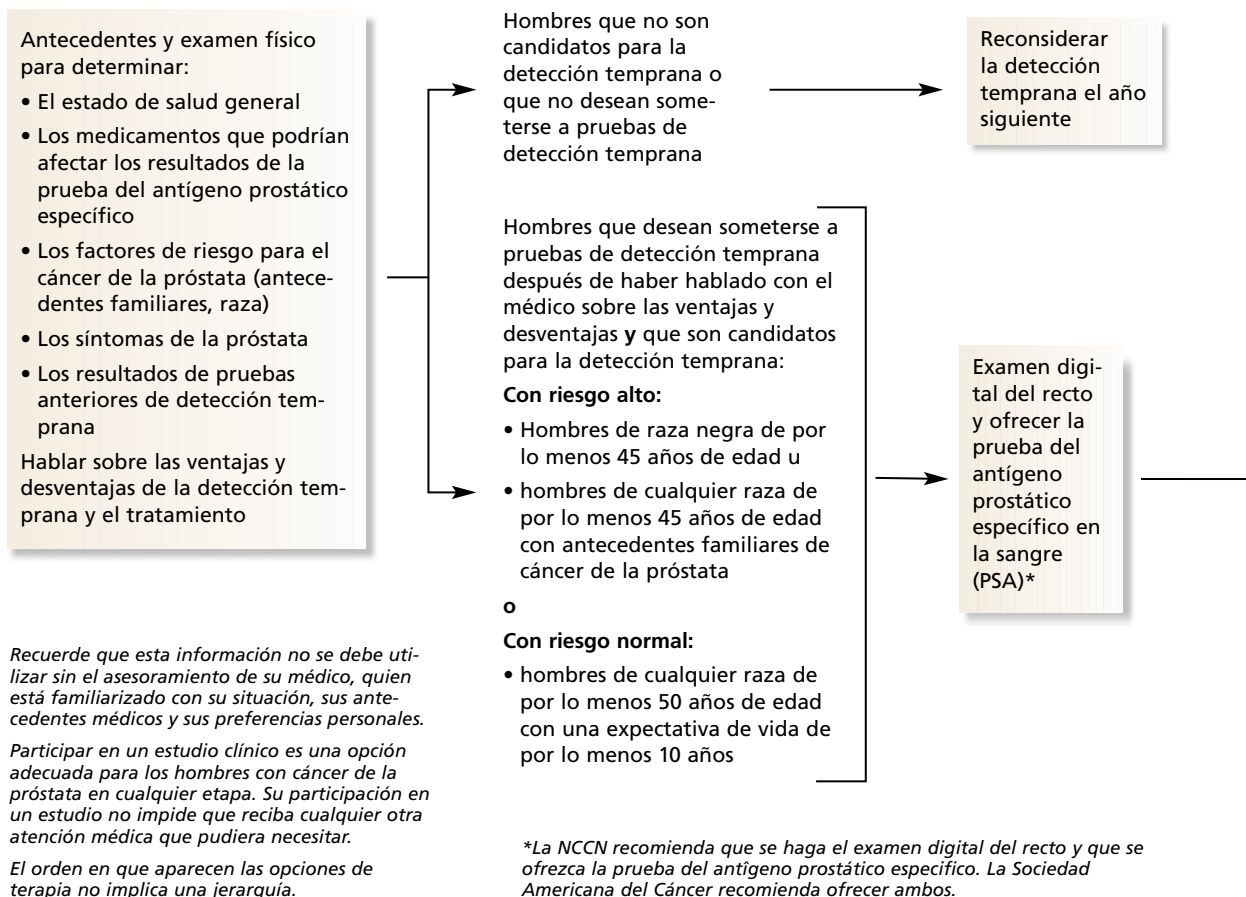


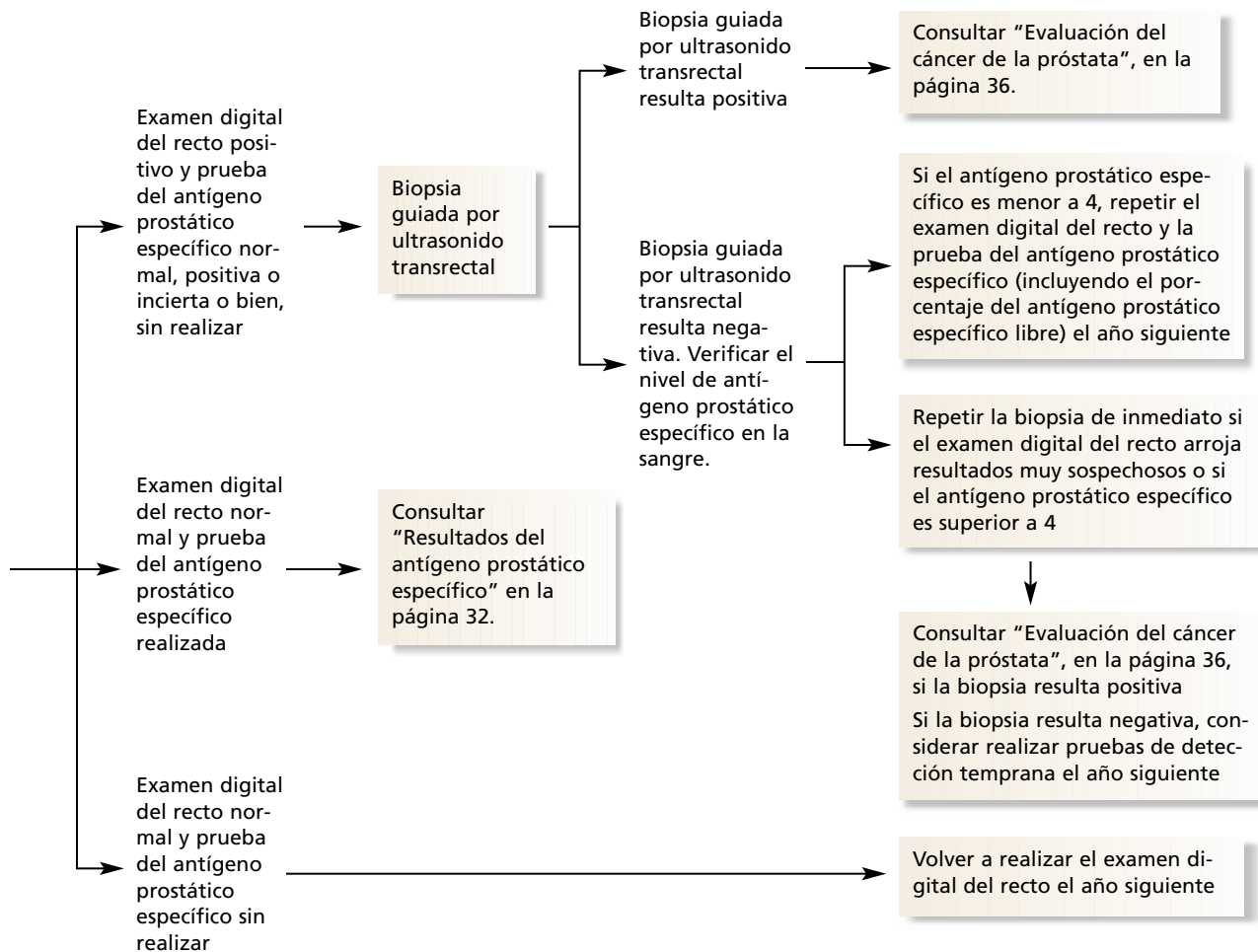
Diagrama de toma de decisiones para la detección temprana del cáncer de la próstata

La decisión que cada hombre toma acerca del cáncer de la próstata es compleja e importante. Los factores que debe considerar incluyen su edad y expectativa de vida, los antecedentes familiares (familiares cercanos que han padecido de cáncer de la próstata), la raza, los síntomas de la próstata, los resulta-

dos de pruebas anteriores de detección temprana, las consideraciones personales acerca de los tratamientos contra el cáncer de la próstata y los probables efectos secundarios. La expectativa de vida es un cálculo que se basa en la edad de cada hombre y en los problemas de salud graves que pueda tener.

Si los resultados de las pruebas de detección temprana son negativos o si éstas no se han

Diagrama de toma de decisiones para la detección temprana del cáncer de la próstata



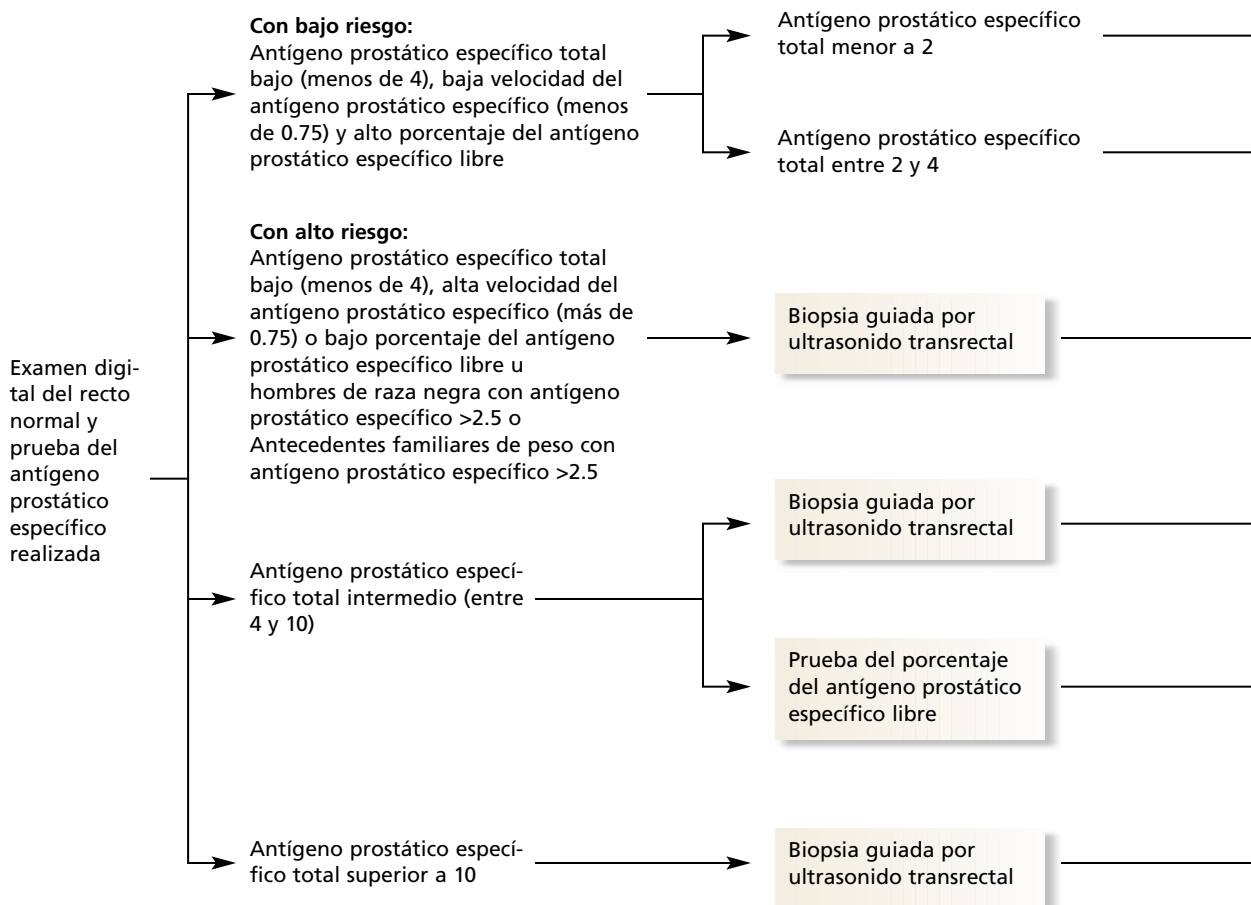
©2001 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN®) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). Todos los derechos reservados. La información del presente no se puede reproducir en forma alguna con propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

realizado, el hombre y su médico deben hablar sobre hacer las pruebas otra vez al año siguiente.

Si el examen digital del recto revela un nódulo sospechoso, se debe evaluar por medio de una biopsia guiada por ultrasonido transrectal. Es importante tener en cuenta que una biopsia negativa (en la que no se encontró cáncer) no

garantiza que el hombre esté libre de cáncer de la próstata. Especialmente si el cáncer es pequeño, la aguja de biopsia podría pasarlo por alto. Si la biopsia es negativa y la masa de la próstata es muy sospechosa al tacto, o si el nivel del antígeno prostático específico del hombre es superior a 4, se recomienda repetir la biopsia de inmediato.

Resultados



Recuerde que esta información no se debe utilizar sin el asesoramiento de su médico, quien está familiarizado con su situación, sus antecedentes médicos y sus preferencias personales.

Participar en un estudio clínico es una opción adecuada para los hombres con cáncer de la próstata en cualquier etapa. Su participación en un estudio no impide que reciba cualquier otra atención médica que pudiera necesitar.

El orden en que aparecen las opciones de terapia no implica una jerarquía.

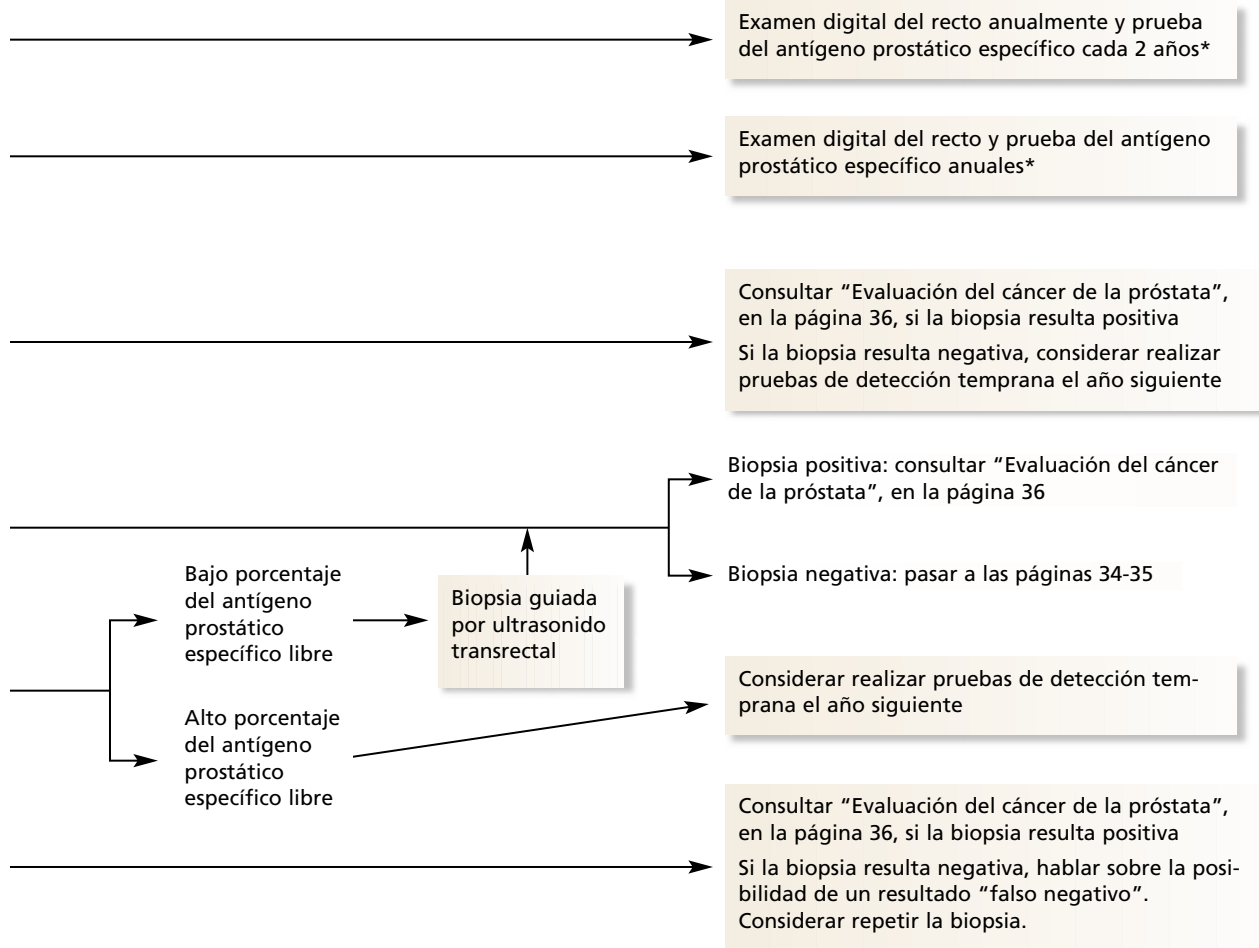
Diagrama de toma de decisiones para los resultados del antígeno prostático específico

Si el nivel total del antígeno prostático específico es superior a 10, se recomienda realizar

una biopsia. Si la biopsia resulta negativa, se debe hablar sobre la posibilidad de un “resultado falso negativo” (cuando la aguja no encuentra al cáncer, lo pasa por alto y, en su lugar, toma una muestra de tejido benigno) y

Diagrama de toma de decisiones para los resultados del antígeno prostático específico

Seguimiento



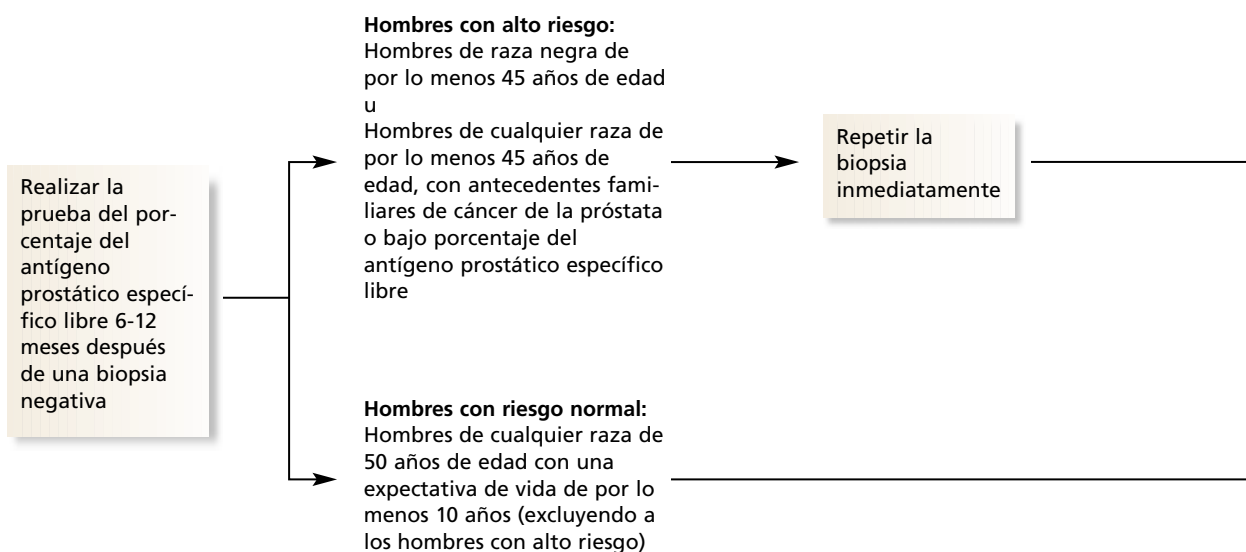
**La Sociedad Americana del Cáncer recomienda ofrecer el examen digital del recto y la prueba del antígeno prostático específico anualmente.*

©2001 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN®) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). Todos los derechos reservados. La información del presente no se puede reproducir en forma alguna con propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

se debe considerar volver a hacer la biopsia.

Si el nivel total de antígeno prostático específico es inferior a 10, la evaluación depende de otros dos tipos de pruebas del antígeno

prostático específico: la velocidad del antígeno prostático específico y la prueba del porcentaje del antígeno prostático específico libre. La ruta de decisiones que aparece arriba ilustra la



Recuerde que esta información no se debe utilizar sin el asesoramiento de su médico, quien está familiarizado con su situación, sus antecedentes médicos y sus preferencias personales.

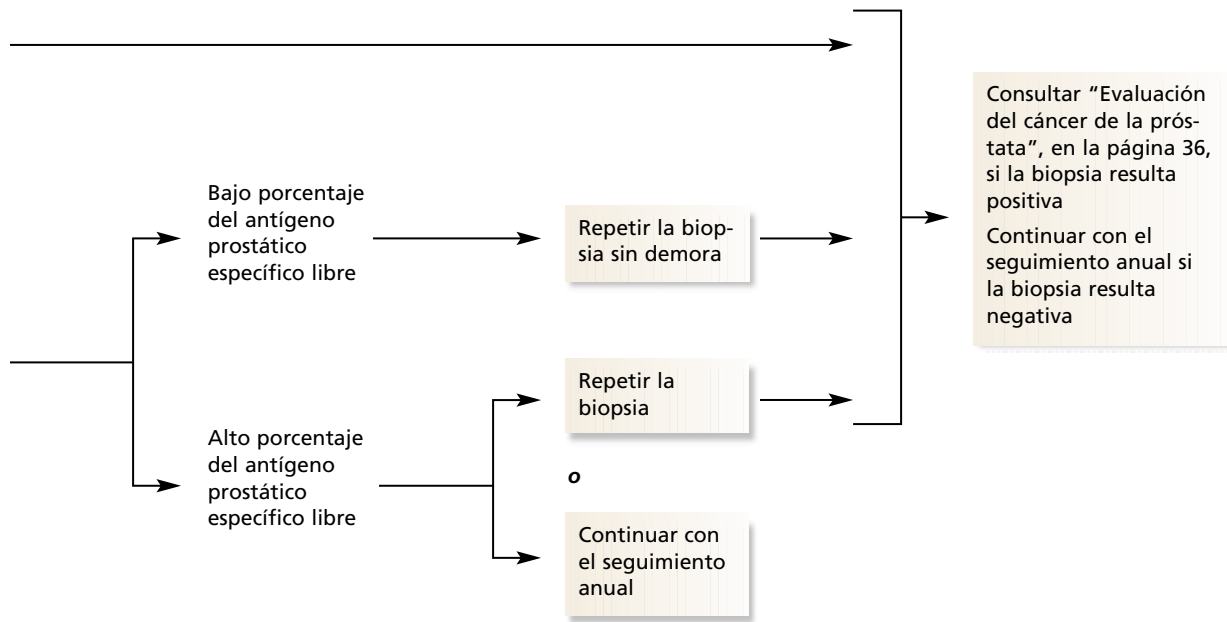
Participar en un estudio clínico es una opción adecuada para los hombres con cáncer de la próstata en cualquier etapa. Su participación en un estudio no impide que reciba cualquier otra atención médica que pudiera necesitar.

El orden en que aparecen las opciones de terapia no implica una jerarquía.

forma en que los resultados de estas pruebas influyen en si se debe realizar una biopsia o no y, si la biopsia resulta negativa, si se debe repetir. La decisión de si la biopsia se debe repetir se verá influenciada por la prueba del porcentaje del antígeno prostático específico

libre, así como por factores de riesgo raciales y familiares. Por supuesto que si la biopsia resulta positiva, debe pasar directamente a la página 36 para ver una explicación sobre las pruebas adicionales que se recomiendan.

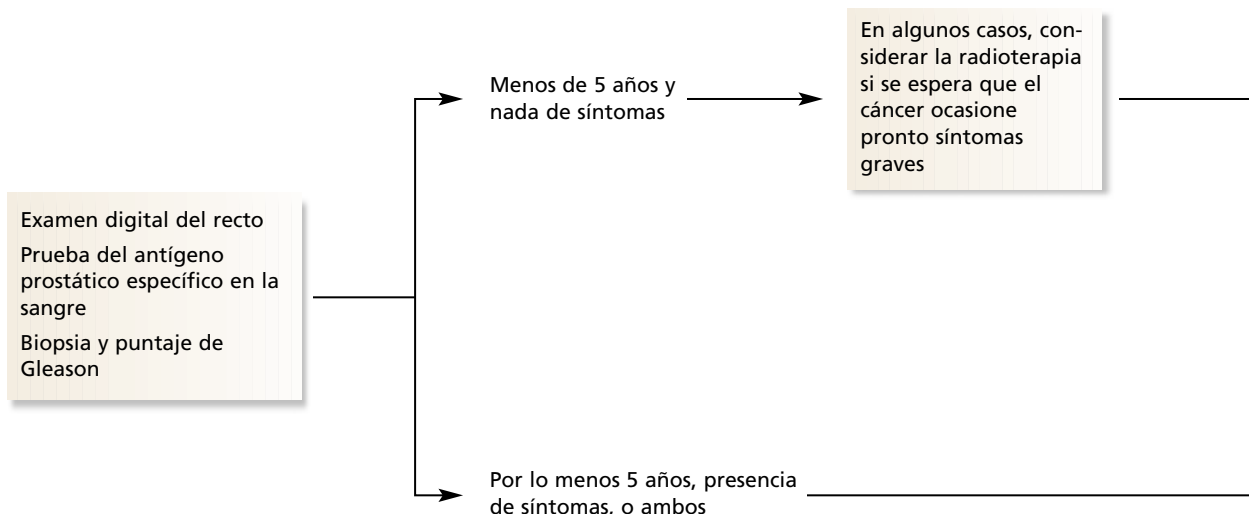
Diagrama de toma de decisiones para los resultados del antígeno prostático específico (continuación)



©2001 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN®) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). Todos los derechos reservados. La información del presente no se puede reproducir en forma alguna con propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

Análisis iniciales

Expectativa de vida y síntomas



Recuerde que esta información no se debe utilizar sin el asesoramiento de su médico, quien está familiarizado con su situación, sus antecedentes médicos y sus preferencias personales.

Participar en un estudio clínico es una opción adecuada para los hombres con cáncer de la próstata en cualquier etapa. Su participación en un estudio no impide que reciba cualquier otra atención médica que pudiera necesitar.

El orden en que aparecen las opciones de terapia no implica una jerarquía.

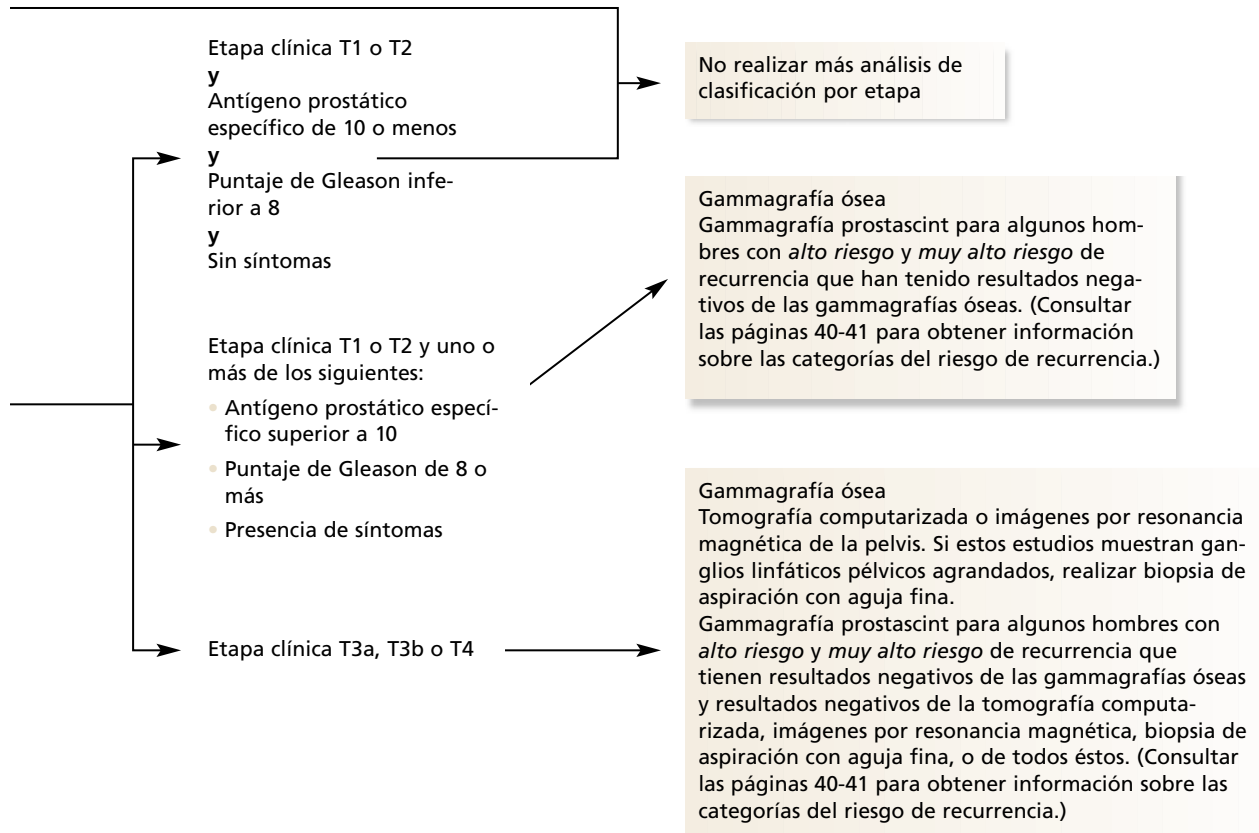
Evaluación del cáncer de la próstata

Las guías de la NCCN para la evaluación del cáncer de la próstata empiezan con la consideración de la expectativa de vida y los síntomas del paciente. En éstas, se refleja el enfoque de que el cáncer de la próstata es a menudo una enfermedad crónica y que los

hombres que no presentan síntomas podrían no beneficiarse de tratarse inmediatamente, en especial si su salud es deficiente por otros motivos. En algunos casos, si la expectativa de vida es relativamente larga (3-4 años) y el cáncer es muy agresivo (con puntaje de Gleason de 9-10 y muy alto antígeno

Diagrama de toma de decisiones para la evaluación del cáncer de la próstata

Análisis para la clasificación por etapa



©2001 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN®) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). Todos los derechos reservados. La información del presente no se puede reproducir en forma alguna con propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

prostático específico), podría administrarse radiación para prevenir los síntomas que probablemente resulten del avance del cáncer. Si las pruebas y los exámenes preliminares indican que el cáncer probablemente está li-

mitado al interior de la próstata (si el examen digital del recto es normal o revela sólo una masa pequeña, el nivel del antígeno prostático específico en la sangre es inferior a 10 y el cáncer tiene un puntaje de Gleason bajo) no es

necesario realizar más análisis. Por otra parte, si la etapa T, el nivel del antígeno prostático específico o el puntaje de Gleason son más altos, indicando la probabilidad de una mayor propagación, se recomiendan pruebas adicionales tales como gammagrafías óseas, tomografías computarizadas o imágenes de resonancia magnética.

Si la tomografía computarizada o las imágenes por resonancia magnética muestran que los ganglios linfáticos de la pelvis están

anormalmente agrandados, se realizará una biopsia de aspiración con aguja fina para confirmar que el agrandamiento se debe a la propagación del cáncer (lo cual indicaría una enfermedad en etapa N1) y no a una infección o a otra enfermedad benigna.

Las imágenes de las gammagrafías óseas que muestran las características típicas de cáncer de la próstata que ha hecho metástasis se consideran evidencia de la propagación a lugares distantes (enfermedad en etapa M1). Si la

NOTAS

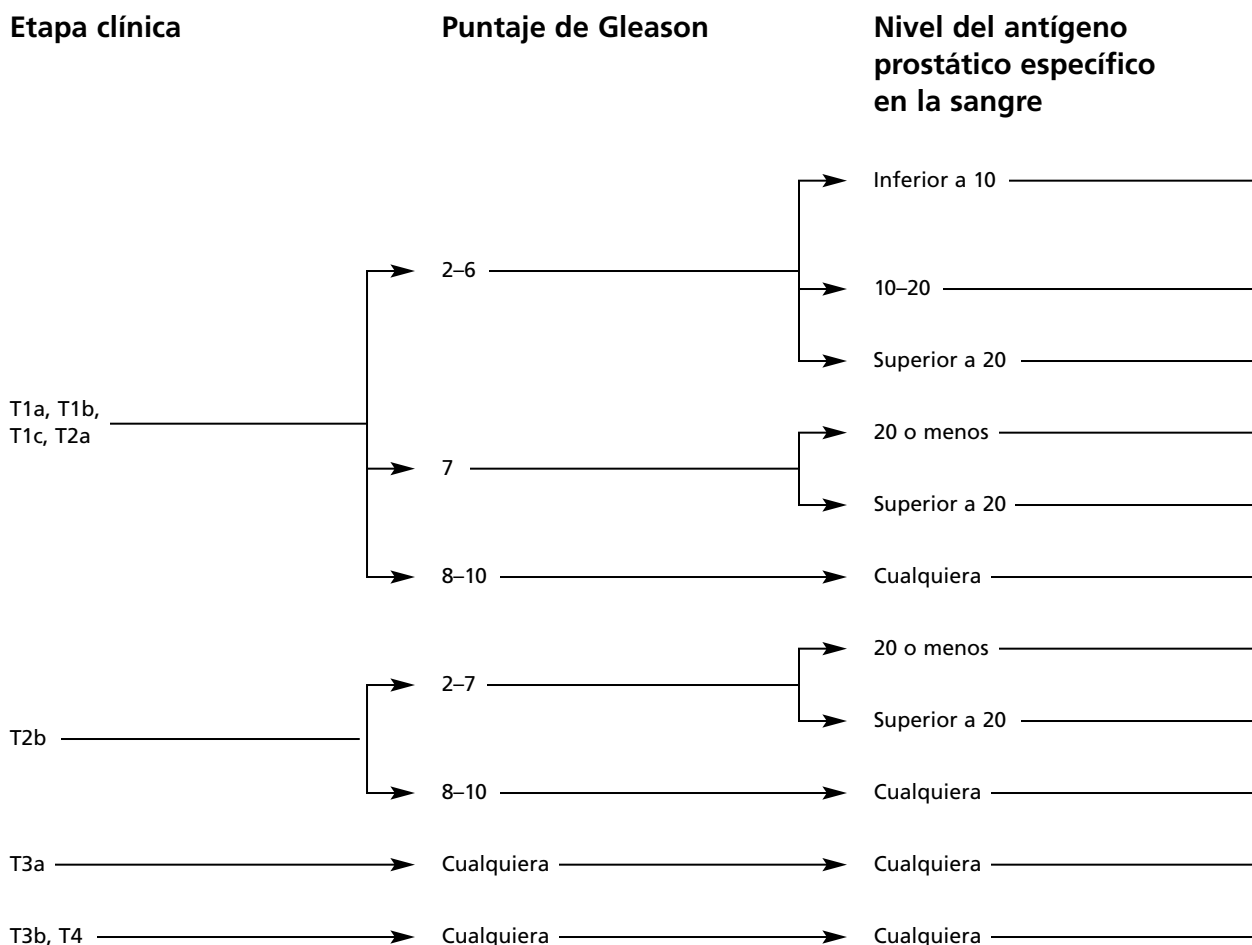
Diagrama de toma de decisiones para la evaluación del cáncer de la próstata (continuación)

gammagrafía ósea da indicios de esto, pero no muestra las características típicas, se puede realizar una biopsia ósea para confirmar que la anormalidad del hueso se debe a la propagación del cáncer y no a una infección.

Si se considera que el hombre tiene muchas probabilidades de tener el cáncer propagado a los ganglios linfáticos, a los huesos, o ambos (según la etapa clínica T, el resultado de la prueba del antígeno prostático específico y el puntaje de Gleason), pero otros resultados de

las pruebas para determinar la propagación del cáncer (como la tomografía computarizada, las imágenes por resonancia magnética, la biopsia de aspiración con aguja fina, la gammagrafía ósea) fueron negativos, podría ser recomendable realizar una gammagrafía prostascint. Si esta gammagrafía detecta la propagación a los ganglios linfáticos o a los huesos, el cáncer se clasifica como en etapa N1 o M1, respectivamente.

NOTAS



Recuerde que esta información no se debe utilizar sin el asesoramiento de su médico, quien está familiarizado con su situación, sus antecedentes médicos y sus preferencias personales.

Participar en un estudio clínico es una opción adecuada para los hombres con cáncer de la próstata en cualquier etapa. Su participación en un estudio no impide que reciba cualquier otra atención médica que pudiera necesitar.

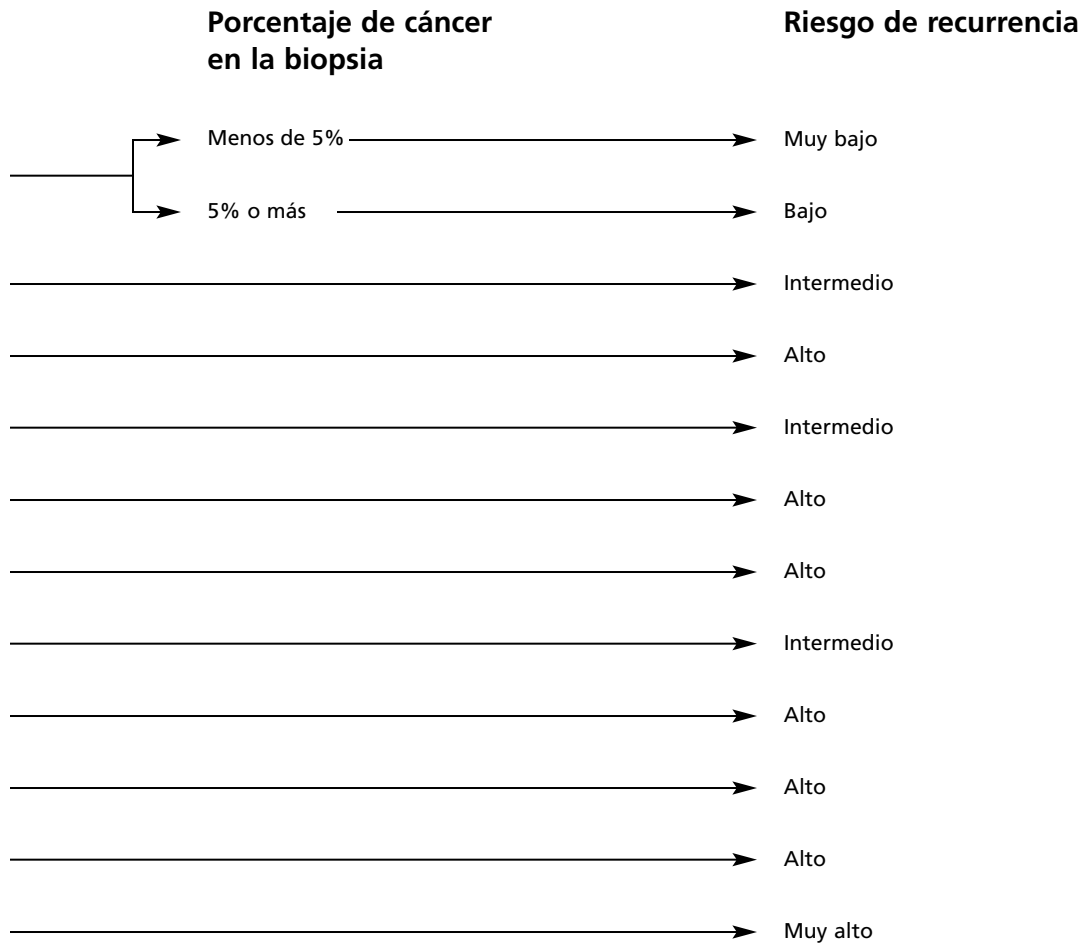
El orden en que aparecen las opciones de terapia no implica una jerarquía.

Valoración del riesgo de recurrencia

Debido a que el cáncer de la próstata varía tanto en cuanto a su potencial de propagación como al impacto que tiene sobre la vida de cada hombre, no hay ningún tratamiento que sea adecuado para todos los hombres que

padecen esta enfermedad. Una vez realizados los análisis (consulte las páginas 36-37), el siguiente paso es valorar las probabilidades de que el cáncer de la próstata recurra (regrese) después de administrar el tratamiento local. Para esto, son tres los factores que se consi-

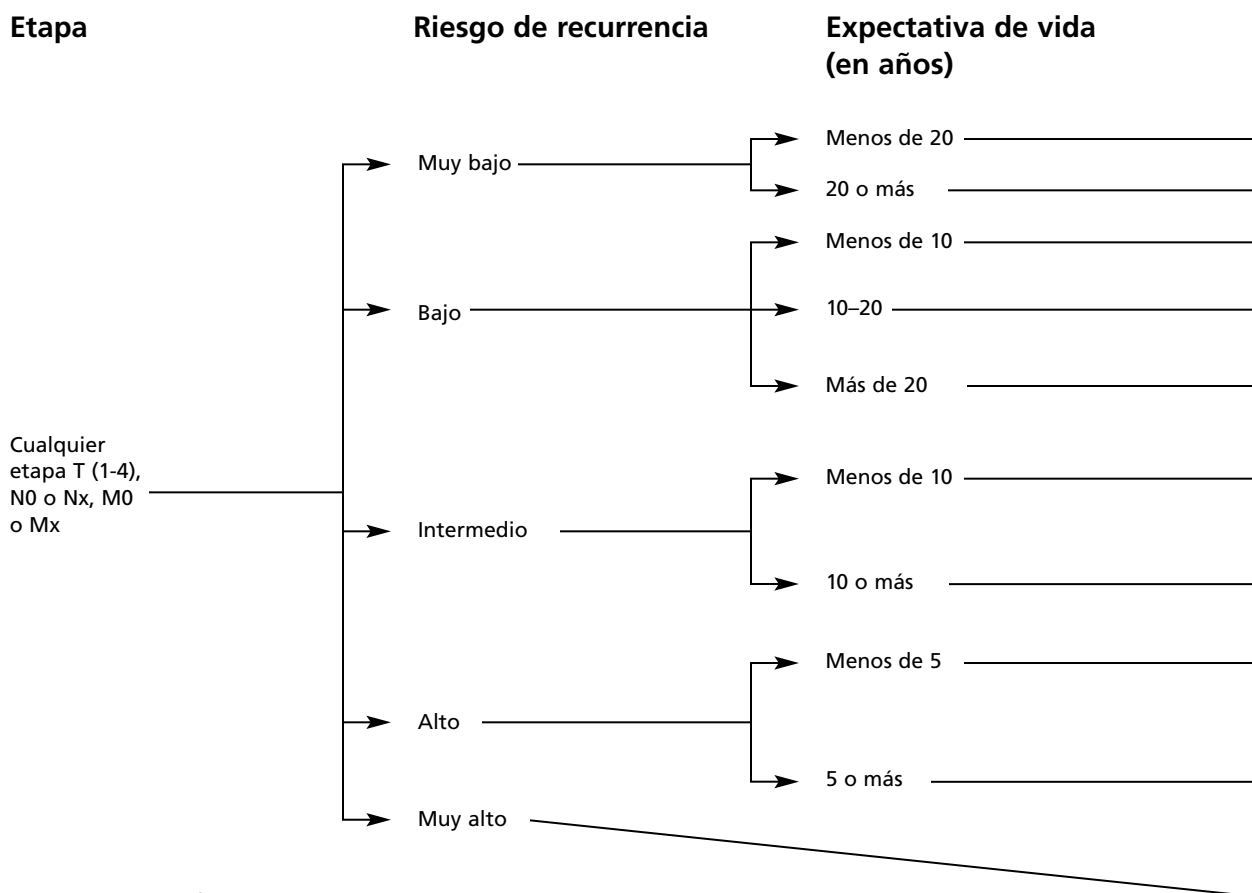
Diagrama de toma de decisiones para la valoración del riesgo de recurrencia



©2001 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN®) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). Todos los derechos reservados. La información del presente no se puede reproducir en forma alguna con propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

deran. Dos de ellos están basados en el análisis de la muestra de la biopsia en el microscopio: el puntaje de Gleason y el porcentaje de la muestra afectada por el cáncer. Los casos en los que los puntajes de Gleason son altos y el cáncer está en una porción mayor de la muestra de biopsia tienen mayores probabilidades de haberse propagado más allá de la próstata y por lo tanto, también es más probable que

recurran después del tratamiento local. El tercer factor que se usa para valorar el riesgo de recurrencia es la concentración sérica del antígeno prostático específico. Las concentraciones más altas indican un riesgo mayor. Con base en estos factores, el riesgo de recurrencia del hombre puede valorarse como muy bajo, bajo, intermedio, alto o muy alto.



Recuerde que esta información no se debe utilizar sin el asesoramiento de su médico, quien está familiarizado con su situación, sus antecedentes médicos y sus preferencias personales.

Participar en un estudio clínico es una opción adecuada para los hombres con cáncer de la próstata en cualquier etapa. Su participación en un estudio no impide que reciba cualquier otra atención médica que pudiera necesitar.

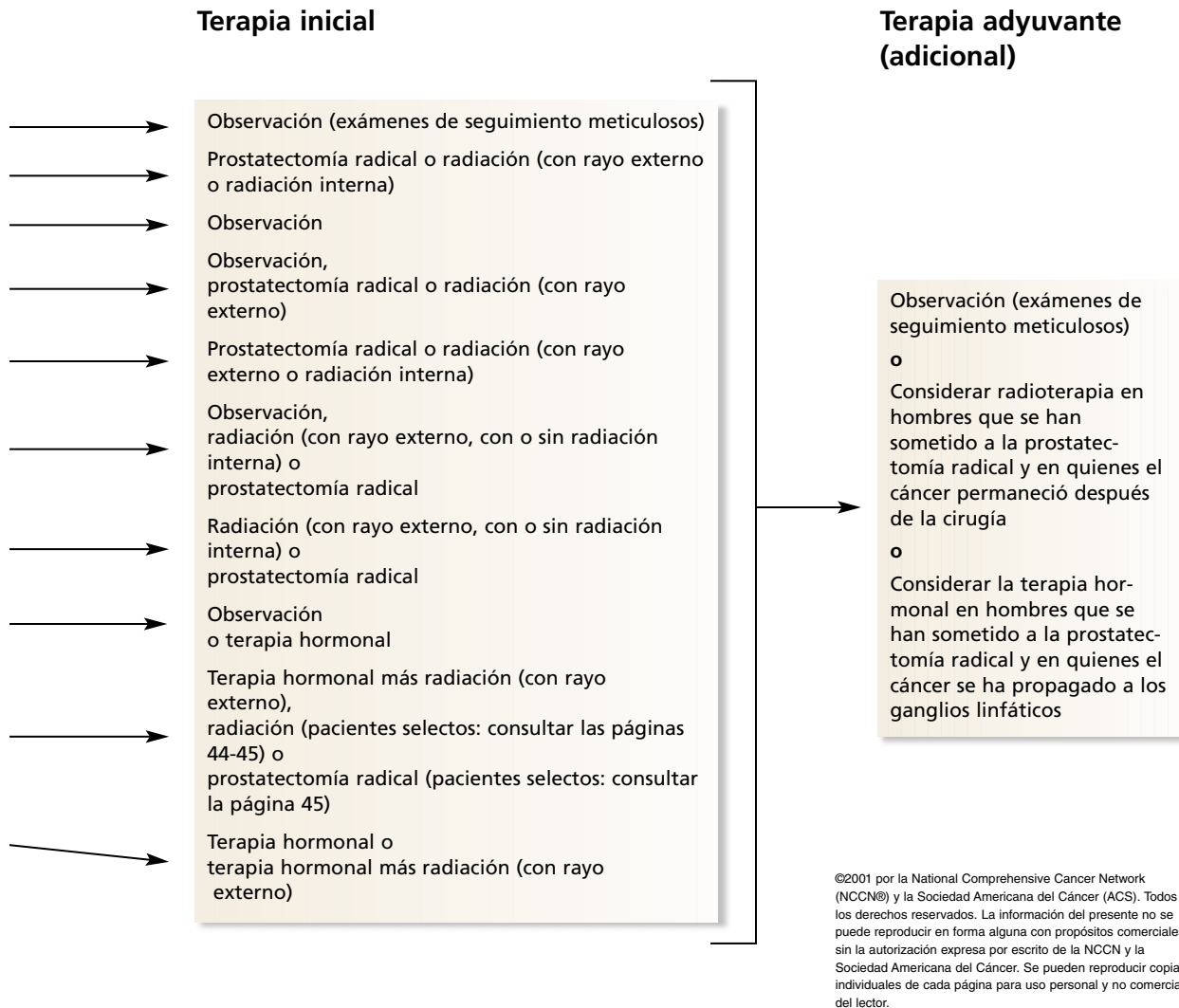
El orden en que aparecen las opciones de terapia no implica una jerarquía.

Tratamiento inicial contra el cáncer de la próstata no metastásico

La mayoría de los casos recién diagnosticados parecen estar localizados en la próstata y los tejidos cercanos a ella. Localizados significa que no hay evidencia de que el cáncer se haya propagado a los ganglios linfáticos, huesos u órganos internos. Al considerar dichos casos, los médicos tienen precaución de usar térmi-

nos como “no hay evidencia de que el cáncer se haya propagado”, ya que los estudios por imágenes para detectar dicha propagación continuarán dando resultados negativos incluso después de que unas cuantas células hayan hecho metástasis. Las opciones de tratamiento para los hombres en esta situación incluyen la observación, la prostatectomía radical, la radioterapia con rayos externos

Tratamiento inicial contra el cáncer de la próstata no metastásico



y la radioterapia interna. Estas terapias se explican en detalle en las páginas 15 y 19. Lo apropiado de cada una de estas opciones para un hombre que padece de cáncer de la próstata depende de su riesgo de recurrencia (consultar las páginas 40-41) y de su expectativa de vida (según su edad y enfermedades que tenga aparte del cáncer de la próstata).

Los casos de cáncer que tienen bajo o muy bajo riesgo de recurrir probablemente todavía no se han propagado más allá de la próstata y posiblemente se pueden curar mediante la prostatectomía radical o la radioterapia. Hay algunos casos con riesgo intermedio que están localizados en el interior de la próstata. Sin embargo, otros casos también con riesgo

intermedio podrían haber hecho metástasis y ya no son curables. Las pruebas de rutina no pueden determinar cuáles hombres con riesgo intermedio de recurrencia pueden curarse. Sin embargo, el tratamiento potencialmente curativo no es ni necesario ni deseable en casos de ciertos hombres con cáncer de la próstata localizado. El enfoque general para los hombres en este grupo es que los tratamientos más definitivos (como la prostatectomía radical o radiación) pueden considerarse para hombres que de otra forma tienen una expectativa de vida más larga. Los hombres cuya expectativa de vida es menor (los de edad avanzada, los que tienen otros problemas médicos graves, o ambos) tienen menores probabilidades de beneficiarse del tratamiento quirúrgico definitivo y podrían optar por no someterse a ningún tratamiento o tratamientos inmediatos, como la radioterapia.

Por ejemplo, la observación se recomienda a hombres cuyo riesgo de recurrencia es muy

bajo y su expectativa de vida es menos de 20 años, pues en ellos no es probable que el cáncer crezca y se propague lo suficientemente rápido como para reducir considerablemente su vida. Si con el tiempo se presentaran síntomas, todavía sería posible administrar tratamiento para aliviarlos. Se espera que los hombres con muy bajo riesgo de recurrencia y una expectativa de vida de por lo menos 20 años vivan más si se someten a la prostatectomía o radioterapia, de manera que las guías recomiendan estos tratamientos.

Se asume que los casos de cáncer con riesgo de recurrencia alto y muy alto se han propagado demasiado como para ser curables. No es probable que los hombres que padecen el cáncer de esta forma, independientemente de su expectativa de vida, se beneficien de la terapia local sola debido a que el cáncer probablemente ya se ha propagado a los ganglios linfáticos, a lugares distantes, o a todos éstos. Por esto, las guías de la NCCN recomiendan la

NOTAS

Tratamiento inicial contra el cáncer de la próstata no metastásico (continuación)

terapia hormonal, sola o junto con la radioterapia, para la mayoría de los hombres. El diagrama de toma de decisiones indica que la radioterapia sola es una opción para “pacientes selectos” con alto riesgo de recurrencia y expectativa de vida de cinco años o más. Los criterios de selección son: tener un puntaje de Gleason inferior a 7, un nivel del antígeno prostático específico inferior a 10 y el cáncer en etapa T3a que no se haya propagado demasiado extensamente en el interior de la próstata. Otro grupo de “pacientes selectos” puede considerar realizarse la prostatectomía radical. Este grupo incluye a los hombres con cáncer en etapa T3a que no se ha propagado demasiado extensamente más allá de la próstata a los tejidos adyacentes.

Este diagrama de toma de decisiones ilustra la forma en que las combinaciones restantes del riesgo de recurrencia y la expectativa de vida influyen las opciones de tratamiento iniciales. Después del tratamiento inicial

(prostatectomía, radioterapia, terapia hormonal o radiación y terapia hormonal), se recomiendan exámenes de seguimiento minuciosos con regularidad. Por lo general, no se necesita más tratamiento adicional si los resultados de estos exámenes continúan siendo normales. Sin embargo, se debe destacar una excepción: los hombres a los que se realizó la prostatectomía, pero que no se les extirpó completamente el cáncer. En estos casos, las guías indican considerar la radioterapia como tratamiento adyuvante (adicional). Pero la radioterapia adyuvante podría no ser necesaria en todos esos casos y no todos los médicos están de acuerdo en cuáles pacientes se beneficiarían de dicha radioterapia adyuvante. La terapia hormonal también podría ser una opción para los hombres que se han sometido a la prostatectomía radical, pero cuyo cáncer se les ha propagado a los ganglios linfáticos.

NOTAS

Etapa

Cualquier etapa T,
N1, M0 o Mx

Cualquier etapa T,
cualquier N, M1

Recuerde que esta información no se debe utilizar sin el asesoramiento de su médico, quien está familiarizado con su situación, sus antecedentes médicos y sus preferencias personales.

Participar en un estudio clínico es una opción adecuada para los hombres con cáncer de la próstata en cualquier etapa. Su participación en un estudio no impide que reciba cualquier otra atención médica que pudiera necesitar.

El orden en que aparecen las opciones de terapia no implica una jerarquía.

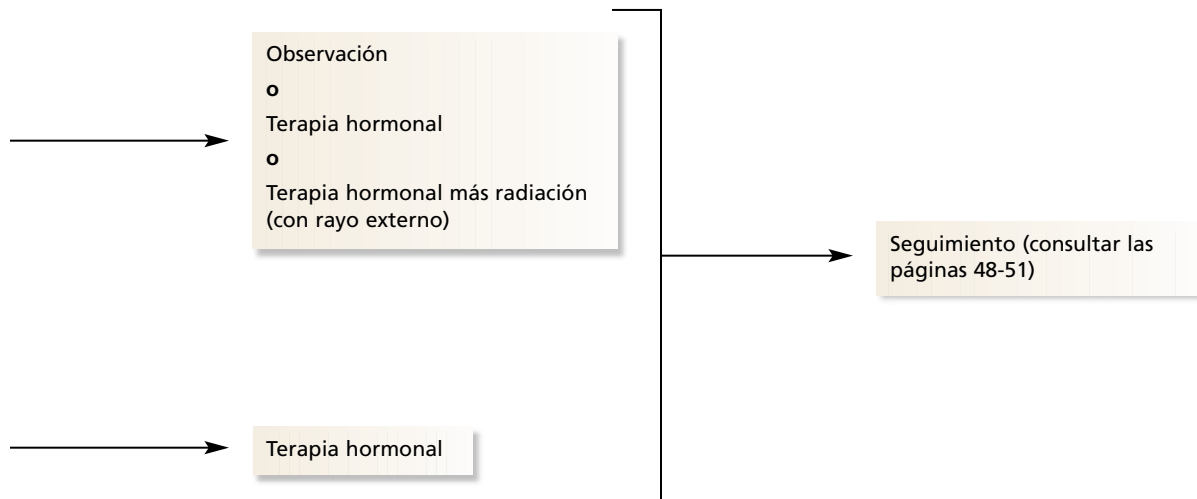
Tratamiento inicial contra el cáncer de la próstata metastásico

Los casos de cáncer de la próstata que han hecho metástasis a los ganglios linfáticos, huesos u órganos internos generalmente no se consideran curables. Las opciones para los hombres con metástasis de cáncer de la pró-

tata limitadas a los ganglios linfáticos de la pelvis (cualquier etapa T, N1 M0 o Mx) son la observación (en donde el tratamiento continúa siendo una opción si los síntomas se presentan subsecuentemente), la terapia hormonal sola o la terapia hormonal más la radioterapia. La terapia hormonal es el

Tratamiento inicial contra el cáncer de la próstata metastásico

Tratamiento



©2001 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN®) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). Todos los derechos reservados. La información del presente no se puede reproducir en forma alguna con propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

tratamiento inicial usual para los hombres que padecen cáncer de la próstata que se ha propagado más ampliamente (cualquier etapa T, cualquier etapa N, M1).

Expectativa de vida, etapa y tratamiento inicial

Seguimiento

Observación (estrecho seguimiento, pero ningún tratamiento activo inicial)
Expectativa de vida de menos de 10 años

Evaluación clínica, incluyendo hablar sobre los síntomas nuevos cada 6-12 meses

Observación
Expectativa de vida de por lo menos 10 años

Prueba del antígeno prostático específico en la sangre y examen digital del recto cada 6 meses;
Repetir la biopsia de la próstata antes de que pasen 12 meses; después, repetir la biopsia periódicamente (el intervalo exacto depende de los detalles médicos de cada caso).

Prostatectomía radical
N0 o Nx, M0 o Mx (sin conocerse la presencia de propagación a los ganglios linfáticos, huesos u órganos internos)

Prueba del antígeno prostático específico en la sangre cada 6 meses por 5 años y después anualmente.
Examen digital del recto anualmente.

Radioterapia de la próstata
N0 o Nx, M0 o Mx

Terapia hormonal
T3b o T4 (propagación a las vesículas seminales, vejiga o recto) o N1, M1 o ambas (propagación a los ganglios linfáticos, huesos, órganos internos, o a los tres)

Examen físico (incluyendo el examen digital del recto) cada 3 meses;
Prueba del antígeno prostático específico en la sangre cada 3 meses;
Análisis químicos de la sangre para determinar la presencia de problemas del hígado en hombres que toman antiandrógenos.

Recuerde que esta información no se debe utilizar sin el asesoramiento de su médico, quien está familiarizado con su situación, sus antecedentes médicos y sus preferencias personales.

Participar en un estudio clínico es una opción adecuada para los hombres con cáncer de la próstata en cualquier etapa. Su participación en un estudio no impide que reciba cualquier otra atención médica que pudiera necesitar.

El orden en que aparecen las opciones de terapia no implica una jerarquía.

Seguimiento después del tratamiento inicial contra el cáncer de la próstata

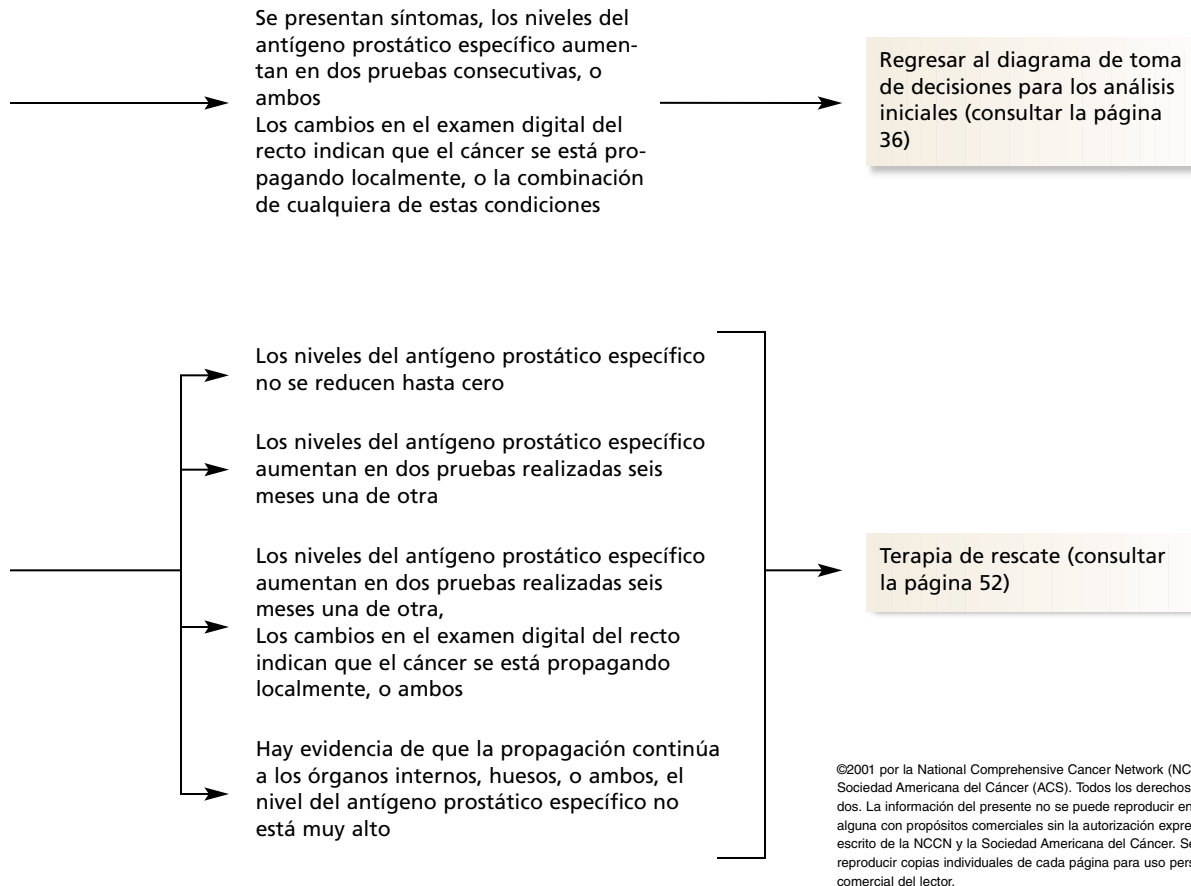
Las recomendaciones para el seguimiento se basan en el tratamiento inicial de cada hombre, así como en su expectativa de vida. Con

base en estos factores, la prueba del antígeno prostático específico en la sangre y el examen digital del recto se realizan en intervalos que van desde tres a doce meses. Además, los hombres con expectativa de vida de por lo menos diez años que inicialmente se

Diagrama de toma de decisiones para el seguimiento después del tratamiento inicial contra el cáncer de la próstata

Resultados anormales de las pruebas de seguimiento

(Si los resultados son normales, continúe con el seguimiento según el programa)



©2001 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN®) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). Todos los derechos reservados. La información del presente no se puede reproducir en forma alguna con propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

sometieron a observación minuciosa, pero no a tratamiento activo, pueden someterse a biopsias de seguimiento en intervalos que dependerán de sus circunstancias médicas individuales. El razonamiento detrás de estas guías es que se recomienda realizar las pruebas únicamente cuando sus resultados in-

fluenciarán las decisiones de tratamiento en forma que ayuden al paciente a vivir más o con menos síntomas.

Las guías recomiendan que, si un hombre que está bajo observación sin someterse a ningún tratamiento activo, presenta durante el examen digital del recto indicaciones de que el

cáncer se está propagando o los resultados del antígeno prostático específico aumentan en dos pruebas seguidas o se le presentan síntomas nuevos, debe reconsiderar su decisión sobre el tratamiento y volver a analizar el diagrama de decisiones correspondiente a “Análisis iniciales”, en la página 36.

Si el nivel del antígeno prostático específico no se reduce a cero después de la prostatectomía radical, es probable que durante la

cirugía no se haya extirpado todo el cáncer del cuerpo del paciente. El cáncer podría haber permanecido en la próstata o en sitios distantes. En cualquier caso, el tratamiento adicional se basa en el diagrama de toma de decisiones correspondiente a “Evaluación para el rescate y tratamiento contra el cáncer de la próstata que regresa o continúa creciendo después de la terapia inicial”, en la página 52.

NOTAS

Diagrama de toma de decisiones para el seguimiento después del tratamiento inicial contra el cáncer de la próstata (continuación)

De igual forma, los resultados del antígeno prostático específico en aumento de dos pruebas seguidas en pacientes que ya se sometieron a la prostatectomía radical o radioterapia indican que no se logró la curación. Las opciones que estos hombres tienen a su disposición también se explican en la página 52.

Si los hombres que se trataron inicialmente con terapia hormonal tienen cambios en el examen digital del recto que indiquen la propagación local o dos resultados de la prueba del antígeno prostático específico en aumento seguidos, deben considerar las opciones de terapia de rescate indicadas en la página 52.

NOTAS

Resultados anormales de las pruebas de seguimiento

(si los resultados son normales, continúe con el seguimiento de acuerdo al programa de la página 48)

Los niveles del antígeno prostático específico no se reducen a cero después de la prostatectomía radical

Evaluación para el rescate

(si el cáncer regresa después del tratamiento)

Márgenes positivos (hay células cancerosas en las orillas de la próstata que se extirpó quirúrgicamente)

Márgenes negativos

Los niveles del antígeno prostático específico aumentan en dos pruebas realizadas seis meses una de otra después de la prostatectomía radical

Considerar gammagrafía ósea
Considerar biopsia de la base prostática (el área de donde se extirpó la próstata)
Considerar gammagrafía prostascint

Los niveles del antígeno prostático específico aumentan en dos pruebas realizadas seis meses una de otra,
Los cambios en el examen digital del recto indican que el cáncer se está propagando localmente después de la radioterapia, o están presentes ambas condiciones

Gammagrafía ósea
Considerar tomografía computarizada o imágenes por resonancia magnética del área pélvica
Considerar gammagrafía prostascint
Biopsia, si la cirugía se considera una opción (según el estado general de salud)

Los niveles del antígeno prostático específico aumentan en dos pruebas realizadas seis meses una de otra durante la terapia hormonal inicial

Hay evidencia de que la propagación continúa a los órganos internos, huesos, o ambos, el nivel del antígeno prostático específico no es muy alto

Al volverse a hacer la biopsia se encuentra el tipo usual de adenocarcinoma de la próstata

Al volverse a hacer la biopsia se encuentra cáncer de la próstata del tipo de células pequeñas

Recuerde que esta información no se debe utilizar sin el asesoramiento de su médico, quien está familiarizado con su situación, sus antecedentes médicos y sus preferencias personales.

Participar en un estudio clínico es una opción adecuada para los hombres con cáncer de la próstata en cualquier etapa. Su participación en un estudio no impide que reciba cualquier otra atención médica que pudiera necesitar.

El orden en que aparecen las opciones de terapia no implica una jerarquía.

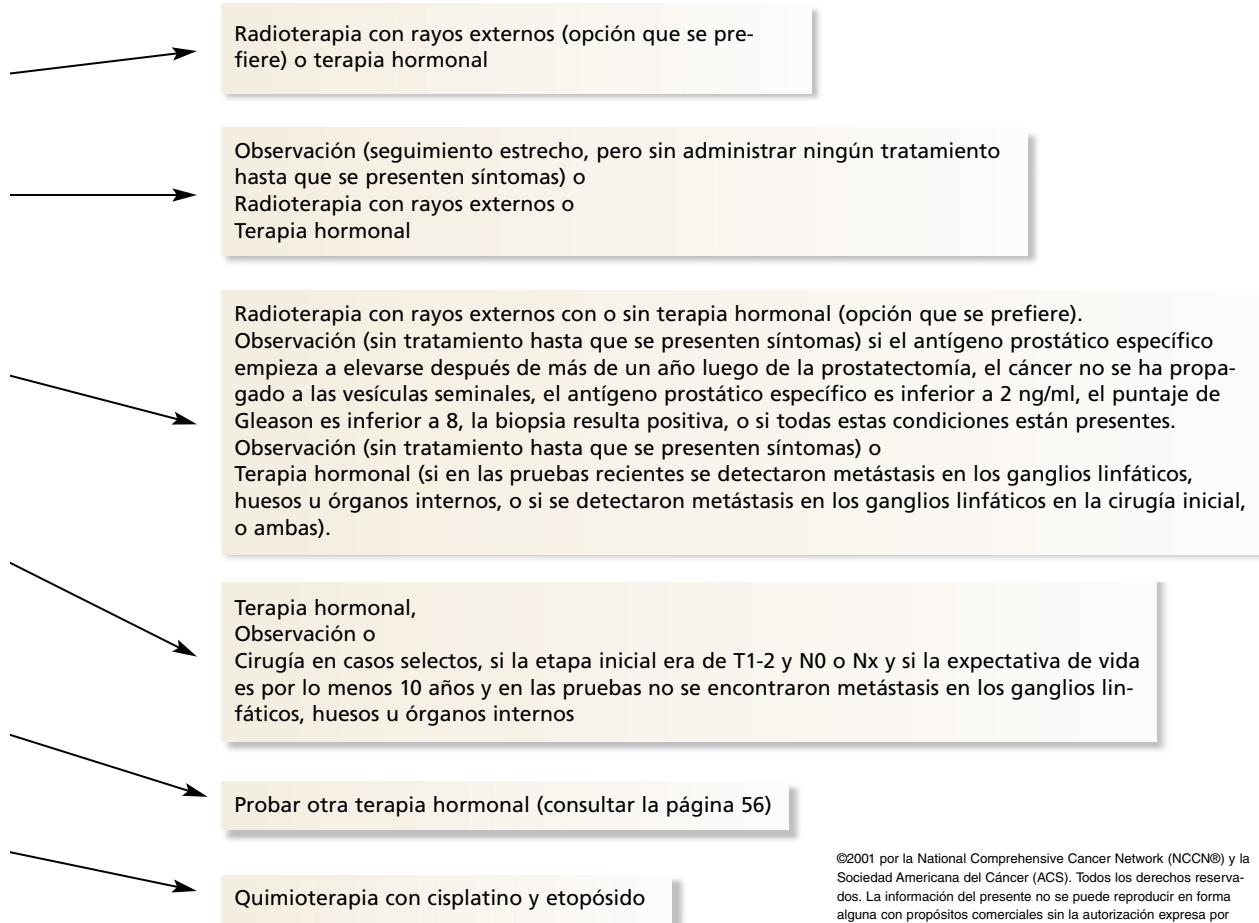
Evaluación para el rescate y tratamiento contra el cáncer de la próstata que regresa o continúa creciendo después de la terapia inicial

La evaluación para el rescate se refiere a pruebas adicionales realizadas cuando las pruebas

usuales de seguimiento indican que el cáncer ha regresado o que continúa propagándose. Las opciones de las pruebas, así como las opciones para la terapia de rescate para tratar el cáncer recurrente o persistente, dependen de la etapa del paciente y el tratamiento inicial.

Diagrama de toma de decisiones para la evaluación y el tratamiento del cáncer de la próstata que regresa después del tratamiento inicial

Terapia de rescate



©2001 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN®) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). Todos los derechos reservados. La información del presente no se puede reproducir en forma alguna con propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

Si los niveles del antígeno prostático específico no se reducen a cero después de la prostatectomía radical, las decisiones de tratamiento adicional se verán influenciadas por si se encontraron células cancerosas en la orilla de la glándula en el análisis microscópico de la próstata después de la cirugía. En caso de que se hayan encontrado,

significaría que algunas células cancerosas podrían todavía estar en la base prostática (el área donde estaba la próstata) y se recomienda la radioterapia con rayos externos. Si no se encontraron células cancerosas en la orilla de la glándula, éstas podrían haberse quedado en el cuerpo del paciente y estar produciendo el antígeno prostático

específico que los análisis de sangre están detectando. Sin embargo, estas células podrían no estar en la base prostática. Si ya se propagaron a áreas distantes del cuerpo, la radiación con rayos externos no será curativa. Sin embargo, este tratamiento se continúa considerando como una opción. Si el nivel del antígeno prostático específico al principio se redujo a cero, pero después subió en dos pruebas seguidas, la evaluación para el rescate podría incluir una gammagrafía ósea, una biopsia de la base prostática y una gammagrafía prostascint. Dependiendo de los detalles clínicos, como el momento en que el

antígeno prostático específico empezó a elevarse, cuánto se elevó y el puntaje de Gleason del cáncer, podrían seleccionarse la radioterapia con rayos externos, la observación o la terapia hormonal.

Si los niveles del antígeno prostático específico se elevan en dos pruebas consecutivas después de la radioterapia o si los hallazgos del examen digital del recto indican la propagación local del cáncer, la evaluación para el rescate empezará con una gammagrafía ósea y también podría incluir una tomografía computarizada de la pelvis o imágenes por

NOTAS

Diagrama de toma de decisiones para la evaluación y el tratamiento del cáncer de la próstata que regresa después del tratamiento inicial (continuación)

resonancia magnética, así como una gammagrafía prostascint. Se realizará una biopsia si la cirugía se considera una opción. En casos selectos, dependiendo de la expectativa de vida del hombre y de la etapa y el puntaje de Gleason del cáncer, se podría considerar la cirugía. La terapia hormonal y la observación (hasta que se presenten síntomas) son las opciones restantes.

Los hombres que se someten a la terapia hormonal cuyos niveles del antígeno prostático específico aumentan en dos pruebas seguidas podrían responder favorablemente a otros

tipos de terapia hormonal, como se indica en el diagrama de decisiones “Tratamiento contra el cáncer de la próstata que regresa o continúa creciendo después de la terapia hormonal inicial”. En casos poco comunes, al volverse a realizar una biopsia, se encontrará que el cáncer ha cambiado de su tipo usual (adenocarcinoma) a una forma denominada carcinoma de células pequeñas. Los carcinomas de la próstata de células pequeñas por lo general no responden al tratamiento hormonal, pero en ocasiones lo hacen ante la quimioterapia con cisplatino y etopósido.

NOTAS

Terapia hormonal inicial

Segunda terapia hormonal

Orquiectomía (extirpación quirúrgica de los testículos)

Antiandrógeno

Agonista de la luliberina (medicamento que bloquea la producción de las hormonas masculinas) sola

Antiandrógeno

Agonista de la luliberina más antiandrógenos (medicamento que bloquea los efectos de las hormonas masculinas en las células cancerosas de la próstata)

Continuar con agonista de la luliberina, pero interrumpir el uso del antiandrógeno

Recuerde que esta información no se debe utilizar sin el asesoramiento de su médico, quien está familiarizado con su situación, sus antecedentes médicos y sus preferencias personales.

Participar en un estudio clínico es una opción adecuada para los hombres con cáncer de la próstata en cualquier etapa. Su participación en un estudio no impide que reciba cualquier otra atención médica que pudiera necesitar.

El orden en que aparecen las opciones de terapia no implica una jerarquía.

Tratamiento contra el cáncer de la próstata que regresa o continúa creciendo después de la terapia hormonal inicial

Como se indicó en la sección sobre los tipos de tratamientos contra el cáncer de la próstata, los hombres tienen varias opciones en cuanto a la terapia hormonal. Si una de ellas, como la orquiectomía o el agonista de la luliberina, al principio es eficaz, pero el cáncer empieza a crecer otra vez subsecuentemente, otras terapias hormonales, como los antiandrógenos, podrían surtir efecto. Si la combinación inicial del agonista de la luliberina y el antiandrógeno deja de ser eficaz, se continúa con el primero, pero el segundo se deja de usar.

Si con el tiempo el cáncer se vuelve independiente del andrógeno, lo que significa que puede continuar creciendo a pesar de la segunda terapia hormonal, todavía quedan varias opciones. Éstas incluyen la atención de apoyo, otras terapias hormonales (como el ketoconazol o megestrol), la quimioterapia, combinaciones de terapia hormonal y quimioterapia, radioterapia local con rayos externos administrada con el propósito de hacer más lento el crecimiento de los depósitos de cáncer que están ocasionando los síntomas y la radioterapia sistémica (inyección de medicamentos radiactivos que llegan a las células cancerosas de la próstata ubicadas en todo el cuerpo). Los tratamientos iniciales que

Diagrama de toma de decisiones para el tratamiento contra el cáncer de la próstata que regresa o continúa creciendo después de la terapia hormonal inicial

Opciones para el cáncer de la próstata independiente de los andrógenos (La segunda terapia hormonal deja de ser eficaz)

Atención de apoyo (tratamiento que no afecta el crecimiento del cáncer, pero que puede ayudar a aliviar los síntomas)

u

Otras terapias hormonales (ketoconazol o megestrol)

o

Combinaciones de terapia hormonal y medicamentos de quimioterapia, como ketoconazol y doxorubicina o estramustina y vinblastina o estramustina y etopósido o mitoxantrona y prednisona o estramustina y paclitaxel

o

Radioterapia sistémica (inyección de medicamentos radioactivos, como samario o estroncio)

©2001 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN®) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). Todos los derechos reservados. La información del presente no se puede reproducir en forma alguna con propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

se administraron influyen cuál de estas opciones se seleccionará. Por ejemplo, la radiación puede influir en los efectos secundarios que la quimioterapia causa más tarde y, algunos hombres que inicialmente se trataron con radioterapia, podrían no tolerar ciertos tipos y dosis de quimioterapia. Por esto, antes de que se empiece la terapia inicial a menudo es útil hablar sobre las opciones de tratamiento contra el cáncer recurrente. La atención de apoyo incluye tratamientos como medicamentos contra el dolor que no afectan el crecimiento del cáncer, pero que se administran para aliviar los síntomas. Es importante recordar, especialmente en esta situación, que el objetivo del tratamiento con-

tra el cáncer de la próstata es hacer que el paciente se sienta lo mejor posible. Extirpar o destruir todas las células cancerosas es una opción para llegar a esa meta. Sin embargo, incluso cuando deja de ser posible utilizar ese enfoque, los pacientes continúan teniendo otras opciones para aliviar los síntomas. No hay razón por la que se deba soportar el dolor u otros síntomas cuando hay opciones disponibles. Algunos pacientes asumen incorrectamente que los síntomas de cáncer de la próstata avanzado no pueden tratarse eficazmente, pero, al no hablar sobre sus síntomas con el equipo de atención que les atiende, no aprovechan las oportunidades de mantener su calidad de vida lo más posible.

Glosario

Análogos de la luliberina

Hormonas elaboradas sintéticamente, similares desde el punto de vista químico a la luliberina. Bloquean la producción de la hormona masculina testosterona y en ocasiones se usan para tratar el cáncer de la próstata.

Andrógenos

Cualquier hormona sexual masculina. El andrógeno principal es la testosterona.

Antiandrógenos

Medicamentos que bloquean la capacidad del organismo para usar andrógenos. En la actualidad se dispone de varios medicamentos de este tipo: flutamida (Eulexin®), bicalutamida (Casodex®) y nilutamida (Nilandron®), los cuales se toman en forma de píldoras una o tres veces al día. Por lo general, los antianandrógenos se usan en combinación con la orquiectomía o los análogos de la luliberina.

Antígeno prostático específico (PSA)

Una proteína elaborada por la próstata. Los niveles del antígeno prostático específico en la sangre a menudo se elevan en los hombres que padecen cáncer de la próstata. La prueba del antígeno prostático específico se usa para ayudar a detectar el cáncer de la próstata, así como para vigilar los resultados del tratamiento.

Aspiración con una aguja fina

En este procedimiento, se usa una aguja fina para extraer (aspirar) muestras para el examen por medio del microscopio. La aspiración con aguja fina (FNA, por sus siglas en inglés), se usa en ocasiones para determinar si el cáncer de la próstata se ha propagado a los ganglios linfáticos dentro de la pelvis.

Atención de apoyo

Medidas que se toman para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida, pero que no se espera que destruyan el cáncer. El medicamento contra el dolor es un ejemplo de atención de apoyo.

Atípico

No usual; anormal. Con frecuencia se refiere a la apariencia de células cancerosas o precancerosas.

Biopsia

Guiado por el ultrasonido, el médico coloca una aguja fina a través de la pared del recto hacia el interior del área anormal o sospechosa de la próstata. La aguja extrae una muestra cilíndrica de tejido, por lo general de alrededor de 1/2 pulgada de largo por 1/16 de pulgada de ancho, la cual se envía al laboratorio y se examina bajo el microscopio para determinar si el cáncer está presente.

Braquiterapia

Tratamiento de radiación interna que se aplica mediante la colocación de material radiactivo directamente en el tumor o cerca del mismo. También se le conoce como radio-terapia intersticial o implantación de semillas.

Catéter (urinario)

Un tubo fino y flexible a través del cual los líquidos entran o salen del cuerpo; por ejemplo, un tubo para drenar la orina.

Detección temprana

La detección temprana significa que la enfermedad se detecta en sus primeras etapas, antes de que haya crecido o se haya propagado a otros sitios. Muchas formas de cáncer pueden alcanzar una etapa avanzada sin causar síntomas. La mamografía puede ayudar a detectar el cáncer del seno en sus primeras etapas y la prueba del antígeno prostático específico en la sangre puede ayudar a detectar el cáncer de la próstata en sus primeras etapas.

Diferenciación

El procedimiento normal a través del cual las células maduran de manera que puedan realizar las labores que les corresponden. Las células cancerosas son menos diferenciadas que las células normales. La clasificación se realiza para evaluar e informar el grado de diferenciación de un cáncer.

Espera bajo observación

En lugar del tratamiento activo contra el cáncer de la próstata, el médico puede sugerir una observación estrecha. Ésta puede ser una opción razonable para los hombres de edad avanzada con tumores pequeños que pudieran crecer con mucha lentitud. Si la situación cambia, se puede comenzar el tratamiento activo.

Evaluación para el rescate

Son los exámenes y las pruebas que se realizan después de que el cáncer ha recurrido para ayudar a seleccionar los tratamientos adicionales.

Examen digital del recto (DRE)

El médico se coloca un guante para introducir un dedo lubricado en el recto y determinar mediante la palpación si hay alguna anomalía. Algunos tumores del recto y de la próstata se pueden palpar durante un examen digital del recto.

Eyacular

Liberar semen durante el orgasmo.

Fosfatasa alcalina

Una enzima producida por las células en los huesos y el hígado. A menudo, los niveles de fosfatasa alcalina en la sangre se elevan en los hombres en que el cáncer se les ha propagado a los huesos o al hígado.

Glándula

Un grupo de células que producen y liberan sustancias que actúan cerca de donde se producen o en otra parte del organismo.

Grado de Gleason

El sistema de clasificación del cáncer de la próstata más utilizado se llama sistema Gleason. Este sistema asigna un grado de Gleason que va de 1 a 5 según cuánto se asemeja la disposición de las células cancerosas a la forma en que están dispuestas las células normales de la próstata. Debido a que el cáncer de la próstata a menudo tiene áreas con diferentes grados, se asigna un grado a las dos áreas que constituyen la mayor parte del cáncer. Estos dos grados se suman para arrojar un puntaje de Gleason de entre 2 y 10.

Hiperplasia

Demasiado crecimiento de las células o los tejidos en un área específica, tal como el recubrimiento de la próstata.

Hiperplasia prostática benigna (BPH, por sus siglas en inglés)

Agrandamiento no canceroso de la próstata que puede causar problemas al orinar, tales como el iniciar o detener el flujo.

Hormona

Una sustancia química liberada en el organismo por las glándulas endocrinas tales como la tiroides, las suprarrenales, los testículos o los ovarios. La sustancia viaja a través del torrente sanguíneo y pone en movimiento diversas funciones corporales. La testosterona y el estrógeno son ejemplos de hormonas masculinas y femeninas.

Laparoscopia

Un tubo largo y fino que se inserta en el interior del abdomen a través de una incisión muy pequeña. El laparoscopia permite al cirujano ver los ganglios linfáticos cercanos a la próstata y extirpar estos ganglios linfáticos pélvicos utilizando instrumentos quirúrgicos especiales que se manejan a través del laparoscopia.

Líbido

Impulso sexual.

Linfadenectomía laparoscópica

Extirpación de los ganglios linfáticos con un laparoscopia.

Luliberina

Es una hormona producida por el hipotálamo, una diminuta glándula del cerebro.

Lutropina

Hormona de la pituitaria que estimula los testículos para que produzcan testosterona.

Metástasis

La propagación de células cancerosas a áreas distantes del cuerpo por medio del sistema linfático o el torrente sanguíneo.

Necesidad imperiosa de orinar

Sensación de que necesita orinar de inmediato.

Orquiectomía

Cirugía para extirpar los testículos; castración.

Porcentaje del antígeno prostático específico libre

Indica la cantidad del antígeno prostático específico que circula solo o sin ligarse en la sangre, así como la cantidad que circula unido o ligado a otras proteínas de la sangre. Cuando el resultado del antígeno prostático específico total se encuentra en la gama de límite, o incierto, un porcentaje bajo del antígeno prostático específico libre (25% o menos) significa que es más probable la presencia del cáncer de la próstata e indica la necesidad de realizar una biopsia.

Pronóstico

La predicción del curso de la enfermedad; el pronóstico para la cura del paciente.

Prostatectomía radical

Cirugía para extirpar toda la próstata, las vesículas seminales y los tejidos cercanos.

Prostatitis

Inflamación de la próstata. La prostatitis no es cáncer.

Puntaje de Gleason

Un método de clasificación de las células cancerosas de la próstata en una escala de 2 a 10. Entre más alto sea el puntaje de Gleason (denominado también la suma de Gleason), el cáncer tiene más probabilidades de crecer más rápido y también mayores probabilidades de que se propague más allá de la próstata.

Quimioterapia

Tratamiento con medicamentos para destruir las células cancerosas.

Radiación con rayo externo

La radiación se enfoca desde una fuente fuera del cuerpo hacia el área afectada por el cáncer. Es muy parecida a una radiografía diagnóstica, pero se aplica durante un tiempo más prolongado.

Resección transuretral de la próstata (TURP)

En esta cirugía se extirpa parte de la próstata que rodea la uretra (el conducto por el cual la orina sale de la vejiga). Esta cirugía se puede usar para aliviar los síntomas causados por un tumor antes de iniciar otros tratamientos, pero no se espera que cure esta enfermedad o que se extirpe todo el cáncer. Se usa aún con más frecuencia para aliviar los síntomas del agrandamiento no canceroso de la próstata.

Sensación repentina de calor (bochorno)

Aumento súbito del calor corporal que produce enrojecimiento y sudación; un efecto secundario común de algunos tipos de terapia hormonal.

Terapia adyuvante

Tratamiento utilizado además del tratamiento principal. Por lo general se refiere a la terapia hormonal, la quimioterapia o la radiación que se aplican después de la cirugía para aumentar las posibilidades de curar la enfermedad o mantenerla bajo control.

Terapia conformal tridimensional

Este tratamiento usa sofisticadas computadoras para señalar en forma muy precisa la ubicación del cáncer dentro de la próstata. Al paciente se le coloca un molde plástico parecido a un enyesado del cuerpo para mantenerlo inmóvil a fin de poder dirigir la radiación con más precisión. Los rayos de radiación se dirigen después desde varias direcciones.

Terapia de combinación de hormonas

Bloqueo completo de la producción de andrógenos que puede incluir la castración (orquiectomía) o la aplicación de análogos de la luliberina, más el uso de antiandrógenos; también se le denomina ablación total de las hormonas, bloqueo total de los andrógenos o ablación total de los andrógenos.

Terapia de rescate

Tratamiento administrado a los pacientes cuyo cáncer ha recurrido. La selección de la terapia de rescate depende de la ubicación del cáncer recurrente (recurrencia local o recurrencia distante) y el tipo de tratamiento que ya se ha administrado. Por ejemplo, si el tratamiento inicial fue la prostatectomía, la terapia de rescate puede incluir la radioterapia.

Terapia hormonal

Tratamiento con hormonas, medicamentos para interferir con la producción de hormonas o la acción de las hormonas o la extirpación quirúrgica de glándulas productoras de hormonas. La terapia hormonal puede destruir las células cancerosas o hacer más lento su crecimiento.

Terapia hormonal secuencial

Estrategia para la terapia hormonal en la que la respuesta del paciente ante un tratamiento se utiliza para determinar si se necesitan otros tratamientos. Por ejemplo, si a un paciente se le está administrando un agonista de la luteinizante y sus niveles del antígeno prostático específico comienzan a elevarse, se podría agregar un medicamento antiandrógeno.

Testículos

Las glándulas reproductoras masculinas que se encuentran en el escroto. Los testículos (o testículos) producen el semen y la hormona masculina testosterona.

Testosterona

La principal hormona masculina, producida principalmente en los testículos. Estimula el flujo sanguíneo, el crecimiento de ciertos tejidos y las características sexuales secundarias. En los hombres con cáncer de la próstata, también puede estimular el crecimiento del tumor.

Tratamiento paliativo

Terapia que alivia síntomas tales como el dolor o el bloqueo del flujo de la orina, pero que no se espera que cure el cáncer. Su propósito principal es mejorar la calidad de vida del paciente. Por ejemplo, la radioterapia se puede usar para aliviar el dolor causado por la propagación del cáncer a los huesos, por lo que se considera un tratamiento paliativo. A otros pacientes se les aplica radiación en la próstata con la intención de curar el cáncer; en este caso, no es tratamiento paliativo.

Velocidad del antígeno prostático específico (PSAV)

Mide la rapidez con que aumenta el nivel del antígeno prostático específico en un período de tiempo. Esto se ha indicado como una forma para mejorar la precisión de la prueba del antígeno prostático específico. Una velocidad mayor del antígeno prostático específico indica que es más probable la presencia de cáncer.

Notas

Notas

Las Guías de tratamiento para el cáncer de la próstata para pacientes fueron elaboradas por un grupo diverso de expertos y se basaron en las guías de práctica clínica de la National Comprehensive Cancer Network. Estas guías para pacientes se tradujeron, revisaron y publicaron con la ayuda de las personas siguientes:

Terri Ades, RN, MS, AOCN American Cancer Society Health Content Products	Guillermo Tortolero-Luna, MD, PhD University of Texas M.D. Anderson Cancer Center (Spanish translation)	Betty Merriman, MA American Cancer Society Health Content Products
Katherine V. Bruss, PsyD American Cancer Society Health Content Products	Chris Logothetis, MD University of Texas M. D. Anderson Cancer Center	Alan Partin, MD, PhD Johns Hopkins Oncology Center
Dia Taylor National Comprehensive Cancer Network	Frank Luton Prostate Cancer Survivor The Virtual Thinking Expedition Company	Howard Sandler, MD University of Michigan Comprehensive Cancer Center
Ted Gansler, MD, MBA American Cancer Society Health Content Products	LaMar McGinnis, MD American Cancer Society Office of Chief Executive Officer	Patrick Walsh, MD Johns Hopkins Oncology Center
Héctor L. Martínez Manager of Translations American Cancer Society		Rodger Winn, MD University of Texas M. D. Anderson Cancer Center

Las NCCN Prostate Cancer Clinical Practice Guidelines (Guías de práctica clínica para el cáncer de la próstata de la National Comprehensive Cancer Network) fueron elaboradas por los siguientes Miembros del Panel de esa organización:

Richard Babaian, MD University of Texas M. D. Anderson Cancer Center	Philip Kantoff, MD Dana-Farber Cancer Institute	Howard Sandler, MD University of Michigan Comprehensive Cancer Center
Robert R. Bahnson, MD Arthur G. James Cancer Hospital & Richard J. Solove Research Institute at Ohio State University	Jeff Kopin, MD Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University	Peter Scardino, MD Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
Laurence H. Baker, DO University of Michigan Comprehensive Cancer Center	James M. Kozlowski, MD Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University	James Talcott, MD Dana-Farber Cancer Institute
Peter Carroll, MD UCSF Comprehensive Cancer Center	Paul Lange, MD Fred Hutchinson Cancer Research Center	Rodney Taylor, MD UNMC Eppley Cancer Center at the University of Nebraska Medical Center
Ballentine Carter, MD Johns Hopkins Oncology Center	Chris Logothetis, MD University of Texas M. D. Anderson Cancer Center	Donald A. Urban, MD University of Alabama at Birmingham Comprehensive Cancer Center
Scot Ebbinghaus, MD University of Alabama at Birmingham Comprehensive Cancer Center	Robert Nadler, MD Fred Hutchinson Cancer Research Center	Patrick Walsh, MD Johns Hopkins Oncology Center
Paul F. Engstrom, MD Fox Chase Cancer Center	Alan Partin, MD, PhD Johns Hopkins Oncology Center	John Wei, MD University of Michigan Comprehensive Cancer Center
Jonathan I. Epstein, MD Johns Hopkins Oncology Center	Julio Pow-Sang, MD H. Lee Moffitt Cancer Center	Timothy Wilson, MD City of Hope National Medical Center
Gerald E. Hanks, MD Fox Chase Cancer Center	Mack Roach III, MD UCSF Comprehensive Cancer Center	Rodger Winn, MD University of Texas M. D. Anderson Cancer Center
Robert Huben, MD Roswell Park Cancer Institute		Jerome Yates, MD, MPH Roswell Park Cancer Institute

©2001, American Cancer Society, Inc.
01-50M-No.9408.00-HCP



Sociedad Americana
del Cáncer

1.800.227.2345
www.cancer.org

Esperanza.Progreso.Respuestas.



1.888.909.NCCN
www.nccn.org