

Aclaraciones y hechos importantes sobre el manejo del cáncer de próstata

Recientemente han sido publicadas múltiples noticias en medios nacionales e internacionales sobre un trabajo reciente que compara el tratamiento del cáncer de próstata con cirugía, radioterapia o seguimiento sin intervención a los pacientes.

Estas noticias concluyen que “Cambiar los tratamientos tradicionales para el cáncer de próstata por revisiones activas, presentó la misma proporción de supervivencia en los pacientes que toman la opción tradicional”.

<http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/tratamiento-para-el-cancer-de-prostata/494479>

http://www.nytimes.com/2016/09/15/health/prostate-cancer.html?_r=0

<http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/como-tratar-el-cancer-de-prostata/16703218>

Esto ha generado inquietud en la comunidad en general que amerita importantes aclaraciones las cuales exponemos a continuación

1. El cáncer de la próstata sigue siendo la primera causa de cáncer en hombres y la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo. En Colombia el cáncer de próstata tiene una incidencia anual de 46.5 casos por 100.000 habitantes por año y una frecuencia anual (prevalencia) de 6.9% de la población. La mortalidad calculada por año es de 12 casos por 100.000 habitantes con una mortalidad anual de 2416 casos. <http://www.cancer.gov/co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf>.
2. La pesquisa o búsqueda de la enfermedad según la recomendación de la Sociedad Americana de Urología es principalmente en hombres entre 55 y 69 años. En hombres entre 40 y 54 años no se recomienda la búsqueda de enfermedad de manera rutinaria. Para minimizar el riesgo de detectar tumores insignificantes se recomienda un intervalo de pesquisa de dos o mas años y no hacerlo de manera anual pero los intervalos pueden ser definidos según el nivel de antígeno y algo llamado la cinética del antígeno que es el cambio de su valor en el tiempo. Sin embargo una conducta habitual es realizar una pesquisa basal por encima de los 40 años y definir así el riesgo personal de desarrollar cáncer de próstata. La pesquisa se hace habitualmente con un examen de sangre llamado PSA (antígeno prostático específico) y un examen de tacto rectal. Es la combinación de las dos pruebas la que tiene una mejor posibilidad de detección de cáncer de próstata. <https://www.auanet.org/education/guidelines/prostate-cancer-detection.cfm>
3. Una vez la persona es diagnosticada con cáncer de la próstata al tomar una biopsia por vía rectal, el valor de antígeno prostático, los hallazgos del tacto rectal y algo que se llama la clasificación de Gleason (la forma en que se determina el grado de alteración del tejido prostático con el microscopio) permiten definir el riesgo pronóstico de cada paciente en cuanto a progresión de la enfermedad y mortalidad por cáncer . Esto permite clasificar el cáncer de la próstata en bajo riesgo, moderado o alto riesgo.

4. En pacientes con tumores de moderado y alto riesgo, la cirugía radical de la próstata y/o la radioterapia son los tratamientos con intención curativa que mejores posibilidades ofrecen. Según el caso se pueden requerir tanto la cirugía como la radiación y en casos de tumores de alto riesgo la adición de terapias hormonales.
5. En pacientes con tumores de bajo riesgo (PSA menor de 10 ng/ml , próstata normal al tacto rectal y biopsia con Gleason menor a 6 en puntaje) se pueden beneficiar de algo llamado el seguimiento activo aunque la cirugía radical de la próstata y la radioterapia también son una opción
6. El estudio reciente que ha generado noticia publicado en el New England Journal of medicine (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1606220#t=article>) compara un grupo de 1643 hombres con tumores de próstata de bajo riesgo en su mayoría que fueron asignados de manera aleatoria (azar) a tratamiento con cirugía radical de próstata, radioterapia o monitoreo activo . Sin embargo no todos los pacientes asignados a cada grupo recibió el tratamiento asignado. Entre un 12 y 29% recibieron tratamiento diferente al asignado en el estudio. El desenlace del estudio era medir la mortalidad por cáncer de próstata a 10 años de seguimiento. Otros desenlaces eran mortalidad global, progresión clínica, riesgo de metástasis y complicaciones del tratamiento. En el seguimiento a 10 años, en el grupo de monitoreo activo el 47% de los pacientes requieren tratamiento con intención curativa como cirugía radical de próstata (49%) y radioterapia (50%) . En seguimiento a 10 años la mortalidad por cáncer de próstata fue de 8 casos para el grupo de monitoreo activo, 5 casos en el grupo de cirugía y 4 casos en el grupo de radioterapia. La mortalidad por cualquier causa también fue similar en todos los brazos del estudio. Sin embargo la progresión de la enfermedad ocurre en el 20% de los pacientes en observación mientras que solo ocurre en el 8% de los sujetos en el brazo de cirugía y radioterapia. La presencia de metástasis fue detectada en el 6% de los pacientes en el brazo de seguimiento activo y en el 2% de los llevados a cirugía o radiación. El estudio concluye que en seguimiento a 10 años la mortalidad por cáncer de próstata independiente del tratamiento asignado es baja. La cirugía y la radioterapia se asociaron a menores tasas de progresión de la enfermedad y menor riesgo de metástasis.
7. Si se es diagnosticado con cáncer de próstata, es muy importante que su médico le indique cual es la clasificación del riesgo de su enfermedad. Si bien el seguimiento activo es una opción válida, lo es únicamente para la enfermedad de bajo riesgo y no para moderado o alto riesgo. No se puede generalizar que la observación es igualmente efectiva que la cirugía o la radioterapia en todos los tumores de la próstata. Es comparable en cuanto a mortalidad a 10 años en pacientes con tumores de bajo riesgo. No sabemos que pueda pasar en seguimiento a más largo plazo y se debe reconocer que de todos los pacientes en seguimiento cerca de la mitad requieren que ser tratados durante los 10 años con cirugía o radiación por progresión de su enfermedad.
8. El seguimiento activo difiere o pospone un tratamiento con intención curativa. Cerca del 50% de los pacientes en seguimiento van a requerir algún manejo con

- cirugía o radioterapia. Sin embargo permite evitar una intervención mas temprana con las secuelas que esta pueda generar
9. Sin embargo, el seguimiento activo aun en sistemas de salud robustos no se hace de manera óptima. Un estudio reciente publicado en journal of urology [http://www.jurology.com/article/S0022-5347\(16\)03325-5/abstract](http://www.jurology.com/article/S0022-5347(16)03325-5/abstract) mostró como el seguimiento activo de cáncer de próstata en los Estados Unidos solo se hace de manera adecuada en el 5 al 11% de los pacientes, lo cual deja sin tratamiento y riesgo de progresión de enfermedad a una población importante de pacientes. En resumen, el seguimiento activo del cancer de próstata es un opcion en pacientes con
 - a. Cáncer de próstata de bajo riesgo
 - b. Posibilidad de seguimiento y adherencia a seguimiento
 - c. Centros de cuidado clínico multidisciplinario con adecuado sistema de monitoreo de pacientes
 10. La Pregunta que debemos hacernos es: Está nuestro sistema de salud preparado para esto?

DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES