

Guía para pacientes con CÁNCER DE PRÓSTATA

RIESGO BAJO E INTERMEDIO

Este documento ha sido realizado por SEOR con la colaboración de:



1

CÁNCER DE PRÓSTATA

1.1	Diagnóstico	03
1.2	Epidemiología	04
1.3	Clasificación de grupos de riesgo	05

2

GUÍA PARA PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

2.1	Braquiterapia	07
2.2	Radioterapia externa	11
2.3	Terapia de privación androgénica	12
2.4	Cirugía	13
2.5	Vigilancia activa	18

3

TABLA RESUMEN

3.1	Resumen de tratamientos	20
-----	-------------------------	----

01 | CÁNCER DE PRÓSTATA

EPIDEMIOLOGIA, DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN
DE GRUPOS DE RIESGO



Cada año se diagnostican 33.370 nuevos casos, lo que supone el 22% de todos los cánceres que afectan a la población masculina.



El cáncer de próstata consiste en un crecimiento atípico y descontrolado de alguna de las células que conforman la glándula prostática. Las probabilidades de desarrollarlo aumentan a medida que envejecemos, pero muchas personas mayores que tienen cáncer de próstata no mueren por esa causa.



1.1 Diagnóstico

El motivo de sospecha más frecuente en nuestro país es la detección de cifras altas del PSA en un análisis de sangre. Con menos frecuencia, el tumor se diagnostica dando síntomas como cambios en la frecuencia urinaria, dificultad de vaciado vesical, obstrucción urinaria y de manera muy infrecuente como dolor óseo secundario a las metástasis.

Los pacientes son enviados a Urología, donde se realizan pruebas orientadas a obtener el diagnóstico con biopsias de la próstata. Cuando se confirma el diagnóstico, se realizan estudios de imagen dirigidos a conocer el estadio del tumor y el tratamiento que debe realizarse; estas pueden ser la ecografía transrectal, TAC, resonancia o la gammagrafía ósea. Y en ocasiones PET.

1.2 Epidemiología

El cáncer de próstata es el segundo tipo de cáncer más común en hombres a nivel mundial, con aproximadamente 1,4 millones de casos nuevos en 2020.

En España, el informe de REDECAN 2022 informa que, en varones, el cáncer de próstata ocupa el primer lugar en incidencia, seguido del de pulmón, vejiga urinaria y colon.



CÁNCER MÁS FRECUENTE
EN VARONES EN EL MUNDO



CÁNCER MÁS FRECUENTE
EN VARONES EN ESPAÑA



MILLONES DE DIAGNÓSTICOS
EN 2020 EN TODO EL MUNDO



DE TODOS LOS CÁNCERES
QUE AFECTAN A HOMBRES



1.3 Clasificación de grupos de riesgo

El cáncer de próstata localizado se ha clasificado de acuerdo a factores pronóstico en varios grupos de riesgo. En ellas se tiene en cuenta el estadio tumoral, el nivel del PSA al diagnóstico y la agresividad de las células a través del patrón de Gleason o actualmente patrón ISUP.

De acuerdo con las guías internacionales, se clasifican los cánceres de próstata en 6 grupos de riesgo.

Grupos de riesgo			
Riesgo	Estadio	Gleason - ISUP	PSA diagnóstico
BAJO	T1 - T2a	Gleason 6-ISUP 1	<10 ng/ml
INTERMEDIO	T2b - T2c	Gleason 7-ISUP 2-3	10-20 ng/ml
ALTO	T3	Gleason 8-10-ISUP 4-5	>20 ng/ml

 <p style="text-align: center;">Riesgo Bajo</p> <p>Estos cánceres de próstata aún no han crecido fuera de la próstata, tienen un Grupo de estadio T1-T2a (puntuación de Gleason de 6 o menos) y niveles bajos de PSA (menos de 10).</p>	 <p style="text-align: center;">Riesgo Intermedio</p> <p>Estos cánceres de próstata se pueden encontrar en más de la mitad o en ambos lados, y/o tener un estadio de T2B-T2C (puntuación de Gleason de 7) y/o un nivel de PSA entre 10 y 20 ng/ml.</p>	 <p style="text-align: center;">Riesgo Alto</p> <p>Los cánceres de próstata en este grupo han crecido fuera de la próstata o tienen un grupo de estadio de T3 (puntuación de Gleason 8 a 10) o un nivel de PSA de más de 20.</p>
---	--	--

02

GUÍA PARA PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

RIESGO BAJO E INTERMEDIO

El objeto de esta guía es servir de a la toma de decisión por parte del paciente con cáncer de próstata. Este documento recoge los distintos tratamientos para los tumores de riesgo bajo e intermedio. Para ello, se describirán cada una de las 4 opciones que pueden recomendarse a los pacientes, diferenciando los resultados en los dos grupos de riesgo.

Nos proponemos presentar cada una de las opciones que se plantean a los pacientes para su cáncer de próstata de riesgo bajo o intermedio. Queremos que conozcan cómo se realizan, los resultados que tienen y también que efectos indeseables pueden presentar.

Su oncólogo u urólogo responsable se las explicará para que juntos decidan cual es la mejor opción para usted. Debe saber que las 4 opciones han demostrado control del tumor de forma similar. Por ello, es habitual que el paciente sea quien toma la última decisión del tratamiento después de recibir una información completa.

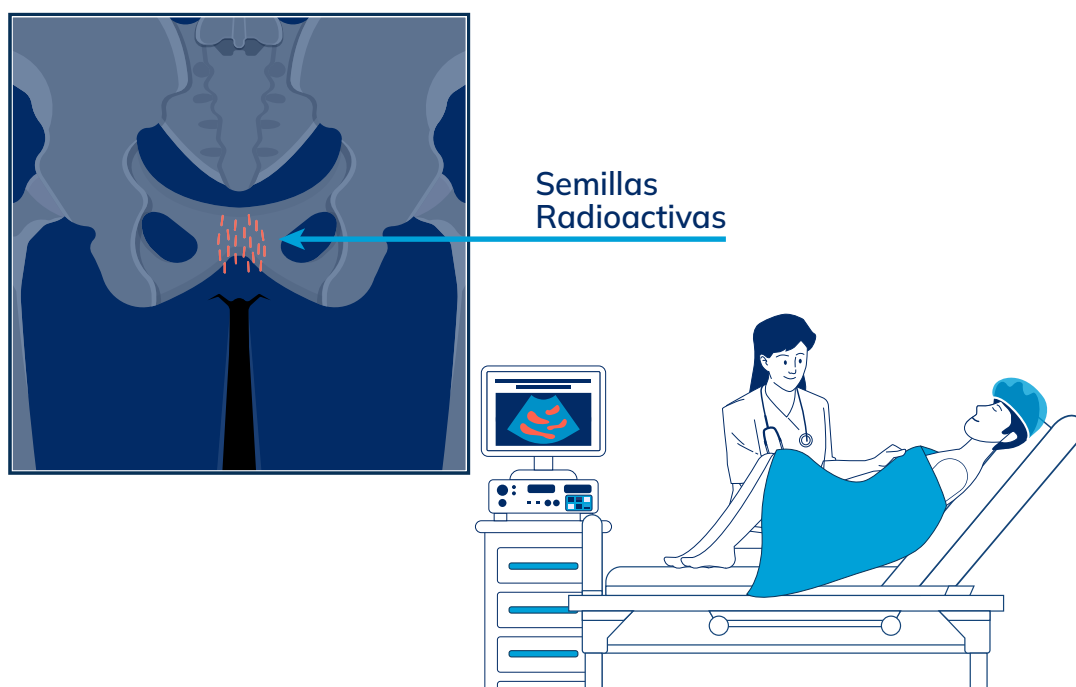


2.1 Braquiterapia

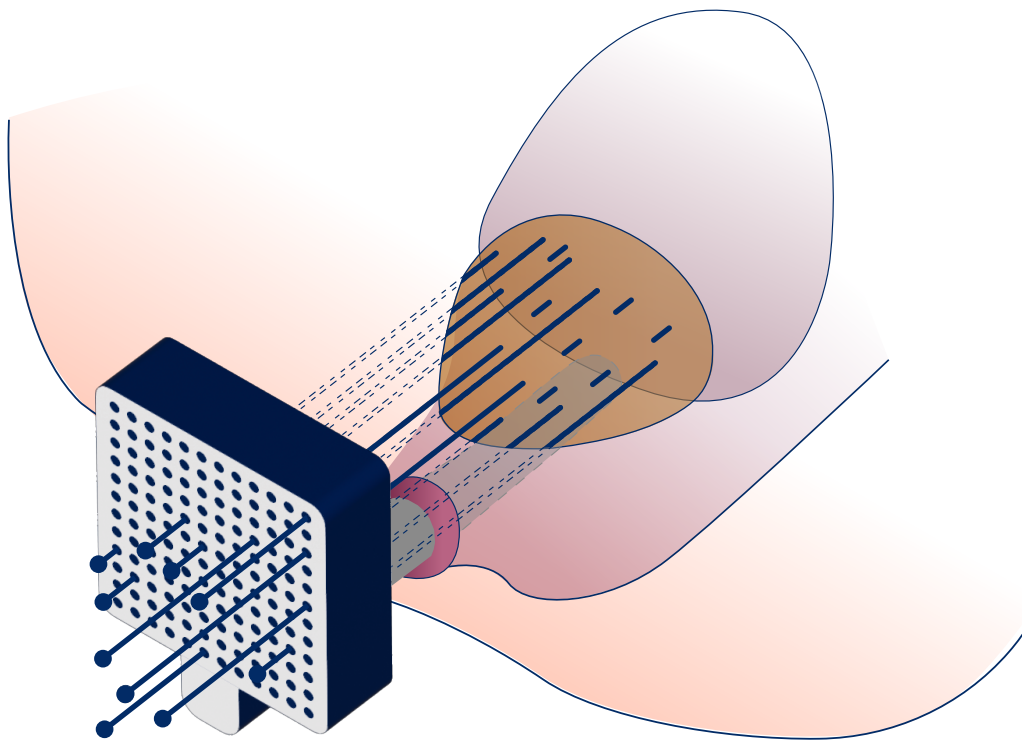
La terapia con radiación, también conocida como radioterapia, trata el cáncer eficazmente usando rayos de alta energía para localizar con precisión y destruir las células cancerosas sin necesidad de extirpar la próstata. Existen dos modalidades de radiación disponibles: radioterapia externa (RTE) o “radioterapia interna”, braquiterapia (BT).

Se decidirá la mejor opción para usted dependiendo de las características anatómicas de la próstata, sus antecedentes médicos, la extensión y características clínicas del tumor y sus preferencias, pudiendo realizarse RTE de forma exclusiva, braquiterapia de forma exclusiva o una combinación de ambas modalidades con o sin tratamiento hormonal asociado.

La braquiterapia es la técnica que permite colocar material radiactivo directamente en contacto con el tumor. Esto puede hacerse de forma directa, a través de la implantación de semillas radiactivas de baja tasa de dosis (Iodo o paladio) o de forma indirecta, con la colocación de vectores o agujas por las que se introducirá una fuente de alta tasa de dosis (Iridio).



En ambos casos, se utiliza una dosis suficientemente elevada para tratar de forma definitiva el tumor. Esta técnica de tratamiento permite depositar una dosis muy alta en el tumor, protegiendo los órganos sanos que están próximos, como el recto, la vejiga o la uretra.



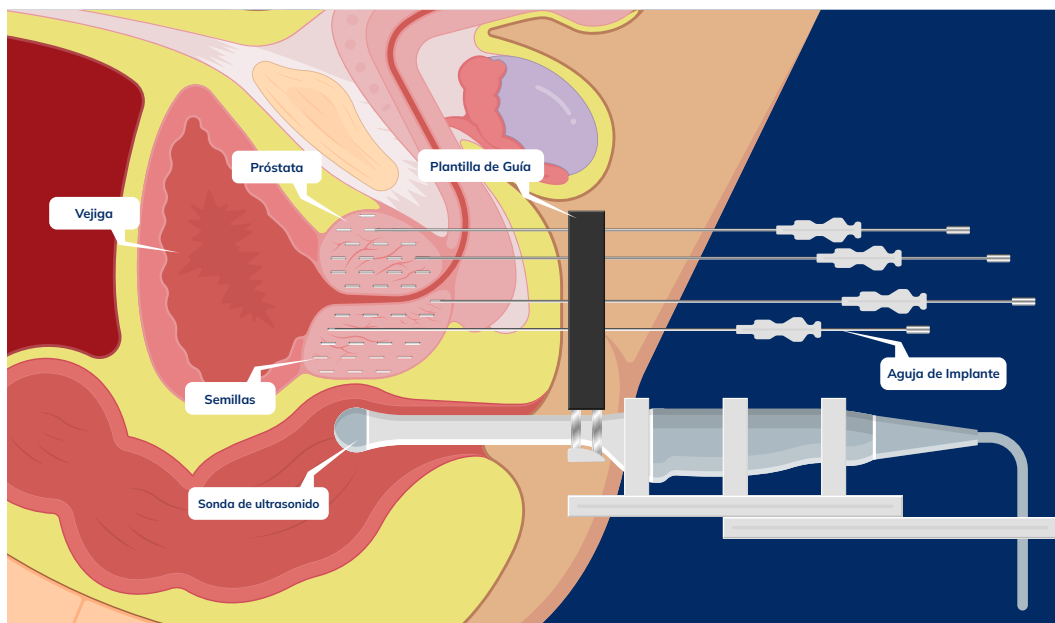
El procedimiento para su realización es bastante similar en los dos casos. Se realiza bajo anestesia general o raquídea según los hospitales. Se utiliza la ecografía endorectal para el guiado en tiempo real del procedimiento. Se utiliza un programa que permite el cálculo del número de agujas o semillas que deben colocarse. Eso lo realiza un físico médico, que está presente en el quirófano junto con el oncólogo todo el tiempo.

Consiste en la colocación de unas agujas a través del periné hasta alcanzar la próstata; también se coloca una sonda vesical que nos ayuda a localizar la uretra y protegerla.

Es en la finalización del procedimiento donde se distinguen los dos modos de braquiterapia:

1. Baja tasa de dosis o semillas

En estos casos, la enfermera preparará los vectores con la carga de semillas, según los informes del planificador. Y el oncólogo se encargará de liberar las semillas y dejarlas depositadas en la próstata de acuerdo a lo planificado. Las semillas quedan de forma definitiva dentro del paciente y van liberando la radiación en los meses siguientes, mientras el paciente recupera su actividad rutinaria. En España, el isótopo utilizado es el Iodo 125 y su radiación más eficaz se libera en los primeros 6 meses.



2. Alta tasa de dosis

En estos casos, el paciente está dentro de un bunker donde hay un equipo con la fuente radiactiva. La enfermera conectará las agujas del paciente con unos catéteres, el equipo saldrá de la habitación, dejando al paciente vigilado. Y de forma remota, la fuente de Iridio 192 irá entrando por cada una de las agujas hasta finalizar el tratamiento, que habitualmente se realizará en unos 15 minutos.

La braquiterapia puede hacerse de forma ambulatoria o con el ingreso de un día, y habitualmente solo es necesario un periodo de baja de una semana. Los resultados con braquiterapia han sido ampliamente estudiados, con elevadas posibilidades de control tumoral.

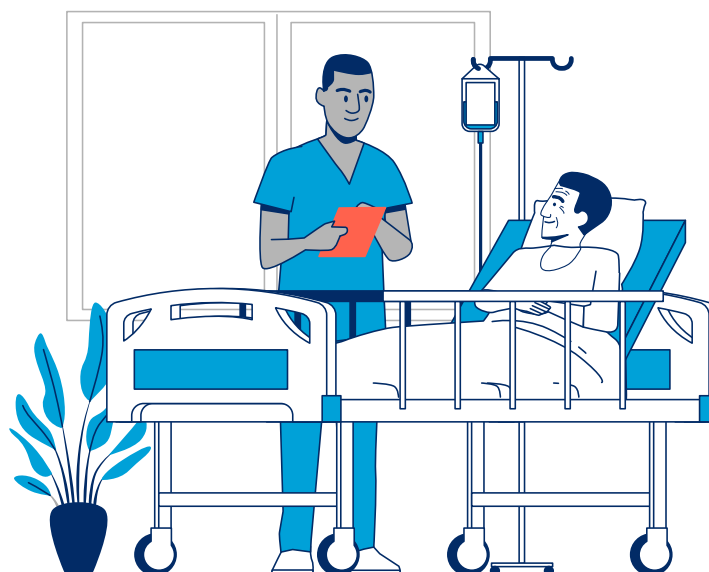
Los efectos secundarios que pueden presentarse con este tratamiento son:

1. De forma inmediata

Tras la realización de la braquiterapia, notará escozor al orinar, sangrado con la micción, aumento de la frecuencia urinaria de día y de noche. Es habitual que se pauten medicamentos antiinflamatorios durante unas semanas después de la braquiterapia. También notará que el semen va acompañado de sangre las primeras veces que tenga una eyaculación.

2. A largo plazo

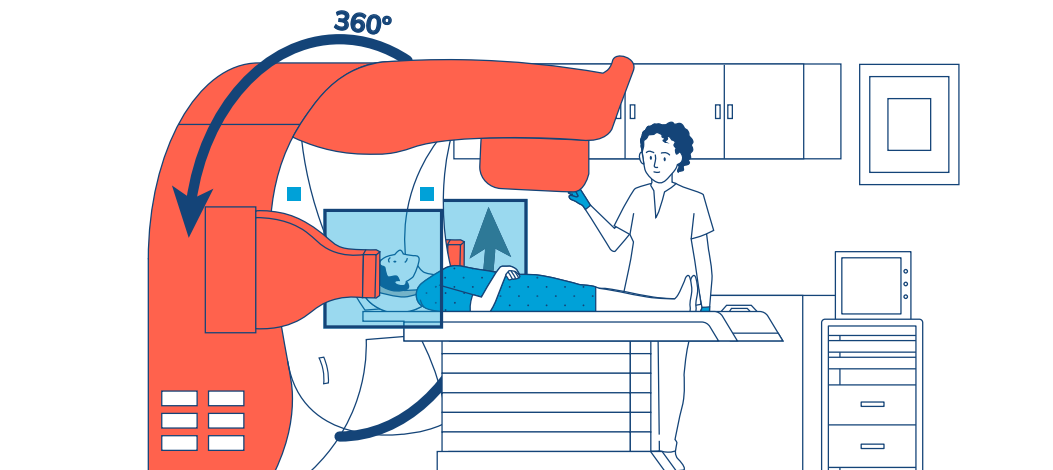
La mayoría de los pacientes resuelven las molestias urinarias. Solo unos pocos tendrán un aumento de la frecuencia urinaria que puede necesitar mantener una medicación. También, entre un 25-30% de los pacientes pueden notar dificultad para tener una erección; esto puede tratarse con fármacos específicos, que pautará su oncólogo de referencia.



2.2 Radioterapia externa

En la radioterapia externa (RTE), las radiaciones las emite una máquina que gira alrededor del cuerpo (acelerador de electrones) radiando la próstata y los volúmenes clínicos que su médico considere adecuados en cada caso, protegiendo al máximo los órganos sanos que la rodean.

Para ello, unos días antes de la realización del tratamiento su equipo médico realizará lo que denominamos planificación de tratamiento radioterápico. Generalmente, el primer paso es colocarle unos marcadores fiduciales dentro de la próstata, que servirán de marcador interno para guiar la radioterapia externa en cada sesión de tratamiento. Alrededor de una semana después, se le realizará un TAC de planificación de radioterapia. Una vez realizado el TAC de planificación, su especialista de oncología radioterápica, junto con radiofísico médico, planificarán su tratamiento para asegurar, de manera individualizada, el tratamiento adecuado de la próstata y la protección del recto y la vejiga.



Una vez aprobado su plan de tratamiento, le avisarán con la fecha de inicio de la RTE para realizar el tratamiento. La RTE habitualmente se aplica en sesiones diarias de 15 minutos de duración, 5 días a la semana, La duración del tratamiento puede oscilar entre 20-28 sesiones, pudiendo recortar el número de las mismas si la usamos combinada con braquiterapia. Su oncólogo radioterápico le especificará el número de sesiones y la duración del mismo previo a su realización teniendo en cuenta su historia clínica.

Posibles efectos secundarios:

1. De forma temprana

Cansancio, diarrea, molestias rectales con las deposiciones, sangrado rectal o aumento de flatulencia, clínica urinaria: aumento de ritmo miccional diurno y nocturno, urgencia miccional, dolor o escozor al orinar, retención urinaria, sensación de vaciamiento incompleto o dificultad para comenzar micción.

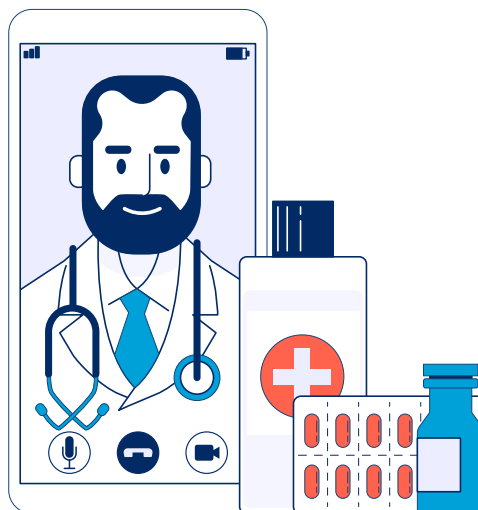
2. De forma tardía

Sensación urgente de defecar y sangrado rectal, en un 4% de los pacientes, pérdidas involuntarias de orina en el 7% de los pacientes, pérdida total o parcial de erección, entre un 8% y un 60% de los pacientes. Cuanto mayor sea su edad, menor es la probabilidad de mantener su capacidad de erección. Este efecto se verá afectado especialmente en aquellos pacientes que, por las características de su tumor, lleven asociado tratamiento hormonal de bloqueo de testosterona.

2.3 Terapia de privación androgénica

En algunos pacientes con tumores de riesgo intermedio, se asociará a la radioterapia el tratamiento hormonal durante 6 meses. Este tratamiento reduce la formación de hormona masculina o testosterona. **Los efectos secundarios derivados son:**

La pérdida total o parcial de la erección, aparición de sofocos, aumento de sudoración, disminución de vello corporal y aumento o dolor en zona mamaria. Durante este tratamiento se vigilará su salud cardiovascular y ósea.



2.4 Cirugía

La cirugía es una opción común para tratar de curar el cáncer de próstata si se cree que no se ha propagado hacia el exterior de la glándula prostática.

El tipo principal de cirugía para el cáncer de próstata es la prostatectomía radical. En esta operación, el cirujano extirpa toda la glándula prostática además de una porción del tejido que la rodea, incluyendo las vesículas seminales. Existen diversas maneras de realizar la cirugía.

Prostatectomía radical abierta

En el método más tradicional de una prostatectomía, llamada prostatectomía abierta, el cirujano opera a través de una sola incisión (corte) larga en la piel para extraer la próstata y los tejidos adyacentes. Este tipo de cirugía se realiza con menos frecuencia que en el pasado.

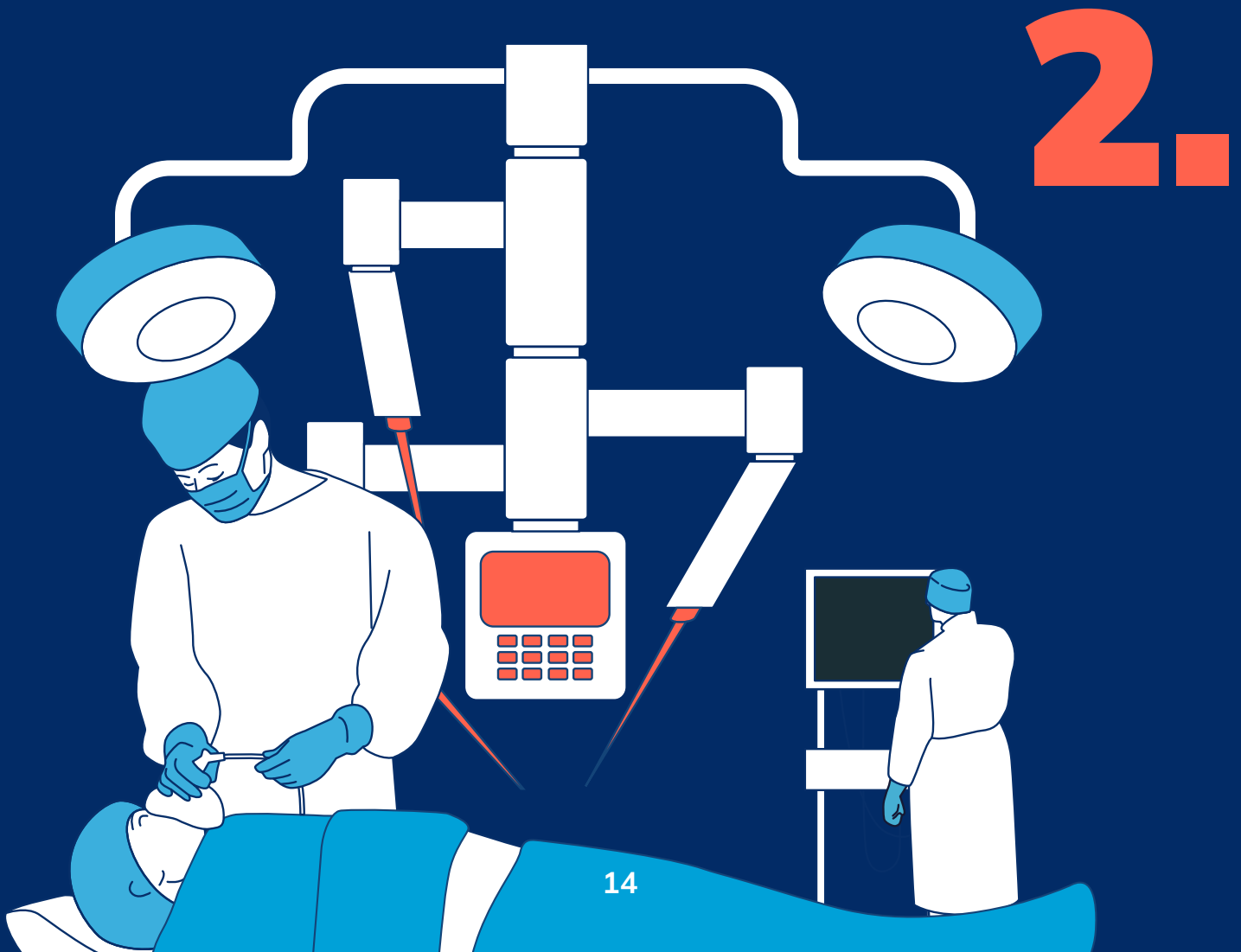


Prostatectomía laparoscópica o robótica

En la prostatectomía laparoscópica o robótica, el cirujano hace varias incisiones más pequeñas y usa instrumentos quirúrgicos especiales y largos para extraer la próstata.

El cirujano sostiene directamente los instrumentos, o usa un panel de control para mover con precisión los brazos robóticos que sostienen los instrumentos. Este modo de realizar la prostatectomía se ha empleado con más frecuencia en los últimos años. Si lo hacen cirujanos experimentados, la prostatectomía radical laparoscópica o robótica puede dar resultados similares al abordaje abierto.

Si usted está considerando tratarse con la cirugía laparoscópica o robótica, es importante que entienda lo que se conoce y lo que todavía se desconoce sobre este método. La experiencia y la destreza de su cirujano son probablemente los factores más importantes.



Prostatectomía radical laparoscópica

En una prostatectomía radical laparoscópica (LRP), el cirujano hace varias incisiones pequeñas en la pared abdominal, a través de las cuales se insertan instrumentos especiales y largos para extirpar la próstata. Uno de los instrumentos tiene una pequeña cámara de video en el extremo que permite al cirujano observar dentro del cuerpo.

La prostatectomía radical laparoscópica tiene sus ventajas sobre la prostatectomía radical abierta, incluyendo menos pérdida de sangre y dolor, estadías más breves en el hospital (generalmente no más de un día), períodos de recuperación más cortos y se mantiene el catéter en la vejiga por menos tiempo.

Sin embargo, los riesgos de problemas de erección y dificultad para retener la orina (incontinencia) parecen ser casi los mismos que para las prostatectomías abiertas. Con este método, puede que se retrase un poco la recuperación del control de la vejiga.

2.1

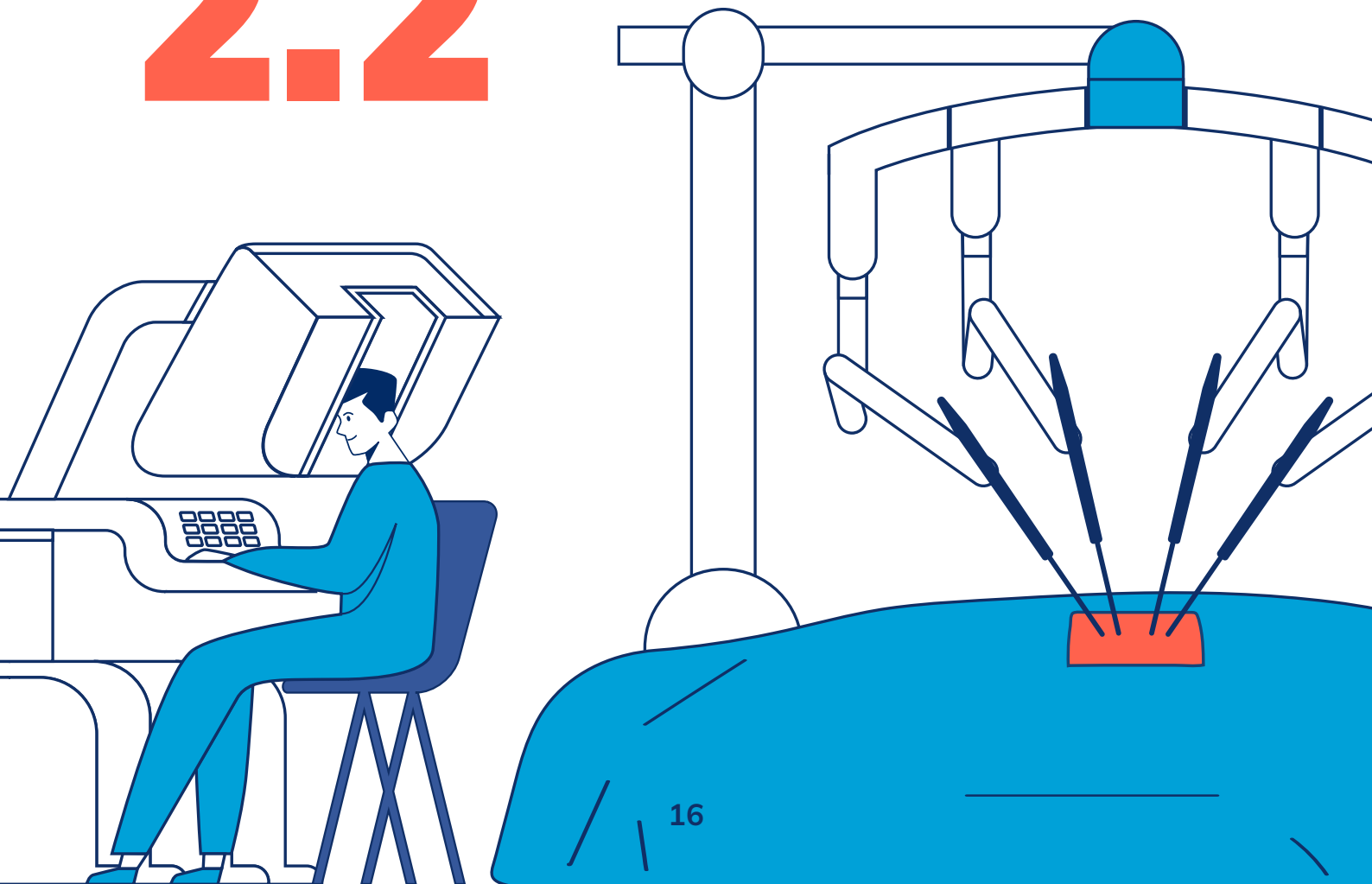


Prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot

Mediante el uso de un sistema robótico. El cirujano se sienta frente a un panel de control cercano a la mesa de operaciones y mueve los brazos robóticos para operar a través de varias incisiones pequeñas que se hacen en el abdomen del paciente.

La prostatectomía robótica ofrece ventajas sobre el método abierto en términos de menos dolor, pérdida de sangre y tiempo de recuperación. Sin embargo, en términos de los efectos secundarios que más preocupan a los hombres, como problemas urinarios o problemas de erección, parece no haber una diferencia entre la prostatectomía robótica y otros métodos.

2.2



2.5 Vigilancia activa

El screening del cáncer de próstata ha llevado a un aumento del diagnóstico del cáncer de próstata localizado. Muchos de estos cánceres de próstata son indolentes, con una baja probabilidad de causar síntomas o la muerte, por lo que una de las opciones para los pacientes con Cáncer de Próstata de Bajo Riesgo es la vigilancia activa (VA), la cual está recomendada en varones en los que sea poco probable que su cáncer progrese durante un período de observación. El objetivo es evitar los tratamientos invasivos y sus posibles efectos secundarios, o en todo caso, retrasarlos.

La vigilancia activa tiene como objetivo realizar un seguimiento estrecho al paciente con la intención de cambiar al tratamiento activo si las características del cáncer cambian y aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas con el cáncer.

Antes de optar por la vigilancia activa, los pacientes necesitan una clara comprensión de la historia natural del cáncer de próstata, qué visitas y pruebas se incluyen en la estrategia de vigilancia, los resultados que se pueden esperar con la vigilancia activa en comparación con el tratamiento radical y qué hallazgos podrían provocar un cambio al tratamiento activo.



Protocolos de seguimiento de vigilancia activa

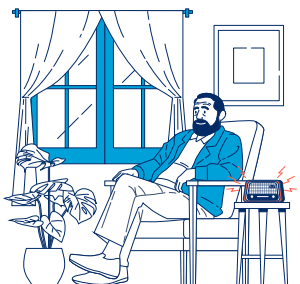
Las estrategias de seguimiento de Vigilancia Activa se han diseñado para identificar a los pacientes que desarrollarán un cáncer de riesgo más alto, o a aquellos que inicialmente se han clasificado erróneamente de un cáncer de bajo riesgo. Si la reclasificación sucede, estos pacientes deberán ser candidatos a tratamiento radical con intención curativa (cirugía o radioterapia).

Casi todos los protocolos sugieren que las evaluaciones clínicas periódicas deben incluir el tacto rectal y PSA. La mayoría también sugieren una nueva biopsia de próstata de confirmación.

Uno de los aspectos más importantes de los protocolos de seguimiento de Vigilancia Activa radica en los hallazgos clínicos que nos llevarían pasar de la vigilancia a un tratamiento activo. Se han propuesto factores como la velocidad de ascenso del PSA, cambios en el tacto rectal y cambios en la biopsia. La prueba de mejor seguimiento es la resonancia magnética. La Resonancia Magnética puede facilitar la monitorización y la decisión clínica en hombres en Vigilancia Activa mejorando la cadencia y la precisión de la repetición de la biopsia.

Seguimiento

Después de realizar cualquiera de estos tratamientos, tendrá un seguimiento con su médico responsable, que efectuará una exploración física y analítica, fundamentalmente del PSA. Según estos resultados, su médico decidirá si es necesario añadir algún estudio de imagen más o no.



03

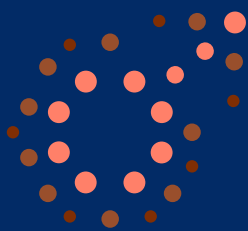
TABLA RESUMEN

PARA PACIENTES DE RIESGO BAJO E INTERMEDIO

TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN	PROS	CONTRAS
BRAQUITERAPIA	<p>Baja Tasa: Semillas dentro de la próstata</p> <p>Alta Tasa: Agujas para una fuente de Iridio</p>	Técnica de menor impacto en disfunción eréctil. Sin molestias intestinales Ingreso de 1 día o ambulatorio: escaso impacto en la vida laboral	<p>Irritación Urinaria: Temprana, mayor y tardía en pocos pacientes</p> <p>Requiere anestesia</p>
RADIOTERAPIA EXTERNA	Radioterapia desde aceleradores lineales	<p>Diversos esquemas de duración, desde 5 a 20 días</p> <p>No anestesia, tratamiento ambulatorio</p>	<p>Irritación urinaria temprana y tardía en pocos pacientes</p> <p>Irritación rectal tardía en pocos pacientes</p>
CIRUGIA	Intervención quirúrgica abierta, laparoscopia o robótica	<p>Ingreso de pocos días. Escaso impacto en la vida laboral</p> <p>Sin molestias intestinales</p>	<p>Incontinencia urinaria, especialmente el primer año</p> <p>Disfunción eréctil en número alto de pacientes</p> <p>Requiere anestesia</p>
VIGILANCIA ACTIVA (RIESGO BAJO)	Seguimiento sin tratamiento hasta progresión a riesgo intermedio-alto	No toxicidad al no realizar tratamientos	Preocupación continua ante las pruebas y evolución de la enfermedad

BIBLIOGRAFÍA

- Texto de ejemplo: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.
- Texto de ejemplo: Vestibulum ullamcorper eros id neque congue tristique.
- Texto de ejemplo: Aenean in mauris id ipsum sagittis pretium ac eget lorem. Proin semper nisl ipsum.



Prostatec


Guía para
pacientes

Este documento ha sido realizado por SEOR con la colaboración de:

SEOR
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

aeu
asociación
española
de urología

SEFM
SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
FÍSICA MÉDICA

Con la colaboración mediante un educational grant de  **BD**

Para más información visite el sitio web: inforadioterapia.com/prostatec