



NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2024

Cáncer de próstata en estadio temprano



Presentada con el apoyo de



NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®
FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.

Disponible en Internet en
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)

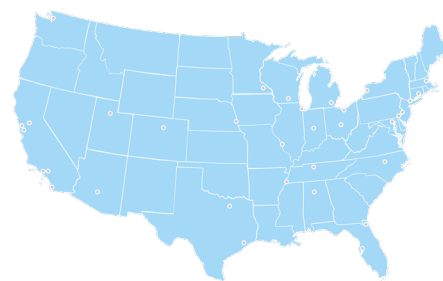


Acerca de NCCN Guidelines for Patients®



National Comprehensive
Cancer Network®

¿Sabía que los principales centros oncológicos de los Estados Unidos colaboran para mejorar la atención oncológica? Esta alianza de los principales centros oncológicos se denomina National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®).



La atención oncológica está en cambio constante. NCCN elabora recomendaciones para la atención oncológica basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones que se actualizan con frecuencia se denominan NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). NCCN Guidelines for Patients explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos para las personas con cáncer y sus cuidadores.

Esta NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para pacientes con cáncer de próstata, Versión 4.2024, del 17 de mayo de 2024.

Ver NCCN Guidelines for
Patients gratis en internet
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)

Buscar un centro oncológico
de NCCN cerca de usted
[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)

Comuníquese con nosotros     YouTube 

Quiénes nos apoyan



NCCN Guidelines for Patients cuenta con el apoyo financiero de
NCCN Foundation®

**NCCN Foundation agradece profundamente a las siguientes
empresas colaboradoras por hacer posible esta NCCN Guidelines
for Patients: Astellas y Janssen Biotech, Inc.**

NCCN adapta, actualiza y aloja de forma independiente la guía de NCCN Guidelines for Patients. Nuestras empresas colaboradoras no participan en la elaboración de esta NCCN Guidelines for Patients y no se responsabilizan del contenido ni las recomendaciones que se incluyen en la presente guía.

Para hacer una donación u obtener más información, visite la página web o envíe
un correo electrónico

[NCCNFoundation.org/donate](https://www.nccnfoundations.org/donate)

PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

- 4 Nociones básicas sobre el cáncer de próstata
- 13 Estudios para detectar el cáncer de próstata
- 25 Evaluación del riesgo
- 35 Tratamientos para el cáncer de próstata
- 50 Tratamiento inicial para su grupo de riesgo
- 64 Persistencia y recidiva del PSA
- 70 Toma de decisiones sobre el tratamiento
- 82 Palabras que debe conocer
- 85 Colaboradores de NCCN
- 86 Centros oncológicos de NCCN
- 88 Índice

© 2024 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados. NCCN Guidelines for Patients, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, incluidos los médicos y los pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con ningún fin comercial, ni puede afirmar, presuponer o implicar que NCCN Guidelines for Patients que se haya modificado de cualquier manera proviene o surge de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa en esta o se relaciona con esta. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede redefinirse siempre que se descubra información nueva importante. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso cualquiera sea el modo.

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer mediante la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también se compromete a avanzar en los tratamientos contra el cáncer subsidiando a los médicos prometedores del país en el centro de innovación en cuanto a investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients).

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100, Plymouth Meeting, PA 19462, EE. UU.

1

Nociones básicas sobre el cáncer de próstata

- 5 ¿Qué es el cáncer de próstata?
- 6 ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de próstata?
- 8 ¿Cuáles son las causas del cáncer de próstata?
- 9 ¿Qué es el cáncer de próstata en estadio temprano?
- 11 ¿Se puede curar el cáncer de próstata?
- 12 Puntos clave

La próstata es una glándula ubicada en el interior de la pelvis. Todas las personas con próstata pueden padecer este tipo de cáncer. El cáncer de próstata en estadio temprano en particular no suele ser mortal. En este capítulo se presenta una descripción general de este cáncer frecuente.

¿Qué es el cáncer de próstata?

El cáncer de próstata es una enfermedad en la que las células de la glándula prostática crecen de manera descontrolada.

La próstata es una glándula ubicada justo debajo de la vejiga en la zona pélvica, en la parte profunda del cuerpo que se encuentra entre los huesos de la cadera. La próstata tiene el tamaño de una pelota

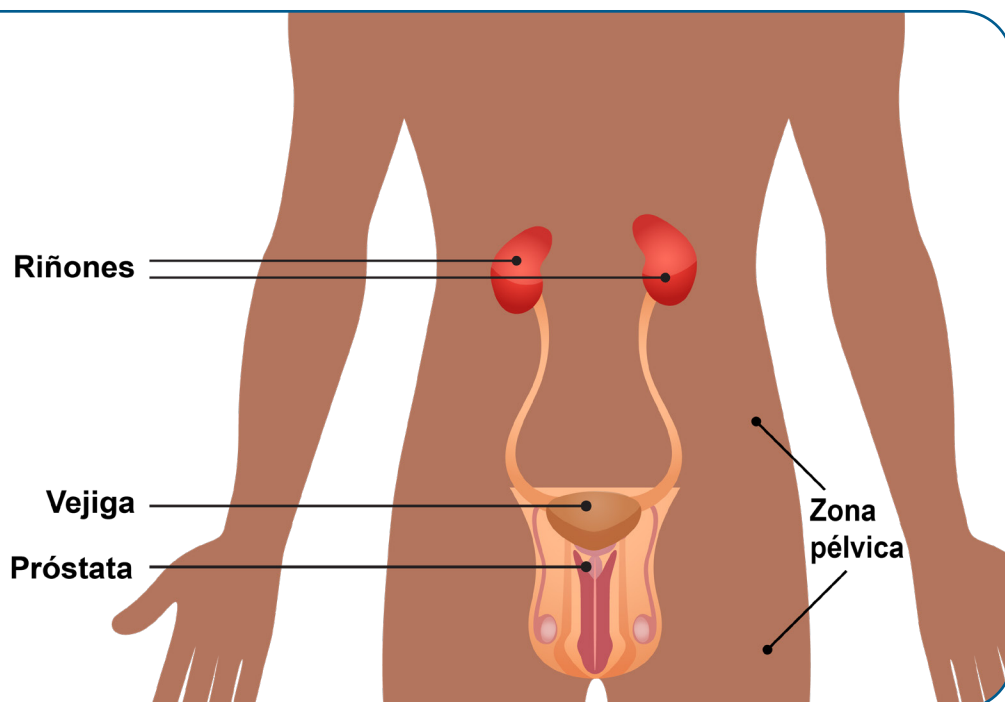
de ping-pong aproximadamente y es una parte importante del sistema reproductor masculino. Además de la próstata, el aparato reproductor masculino incluye el pene, las vesículas seminales y los testículos.

El cáncer es el resultado cuando algo funciona mal en el proceso natural de las células, lo que hace que algunas de ellas crezcan de manera descontrolada.

Las células cancerosas no se comportan como las células normales. Las células cancerosas presentan cambios genéticos (mutaciones) que les permiten multiplicarse y producir muchas más células cancerosas. Las células cancerosas desplazan y dominan a las células normales. Esto puede acabar perjudicando al organismo.

Estas células cancerosas viven mucho más que las células normales. Pueden sustituir a muchas células normales y hacer que los órganos dejen de funcionar. Además, las células cancerosas también pueden extenderse fuera de la próstata a otras partes del cuerpo.

La glándula prostática es una parte importante del sistema reproductivo masculino. Está ubicada en la zona pélvica, justo debajo de la vejiga y tiene el tamaño de una pelota de ping-pong aproximadamente.



¿Cuáles son los síntomas del cáncer de próstata?

Un síntoma es una sensación o problema que puede indicar la presencia de una enfermedad o afección. El cáncer de próstata suele crecer lentamente y no presenta síntomas durante mucho tiempo.

Pero no es necesario tener síntomas para tener cáncer de próstata. En efecto, la mayoría de los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en estadio temprano no tienen síntomas. Los síntomas son más habituales en las personas con cáncer de próstata avanzado. Los síntomas, si se presentan, pueden incluir lo siguiente:

- Sangre en la orina o en el semen
- Ardor o dolor al orinar
- Pérdida de peso inexplicable
- Dolor de huesos, cadera o espalda

Es importante saber que el cáncer de próstata tiene muchos de los mismos síntomas que una afección llamada agrandamiento de la próstata (también conocida como hiperplasia prostática benigna o HPB). La próstata agrandada puede hacer presión en la vejiga y comprimir la uretra, lo que enlentece el flujo de la orina y puede causar la sensación de que no se ha vaciado completamente la vejiga.

El cáncer de próstata es el segundo tipo de cáncer más común en los hombres estadounidenses, después del cáncer de piel.

Sin embargo, el cáncer de próstata tiene una de las tasas de supervivencia más altas de todos los tipos de cáncer cuando se detecta de manera precoz.

La HPB es mucho más habitual que el cáncer de próstata. Es difícil distinguir entre las dos afecciones con los síntomas únicamente. Asegúrese de decirles a sus profesionales de atención médica si presenta alguno de estos síntomas:

- Orina con frecuencia, especialmente por la noche.
- Tiene un chorro de orina débil o intermitente.
- Tiene problemas para orinar o hace fuerza para orinar.
- Tiene problemas para retener la orina.
- Tiene la sensación de que no se ha vaciado completamente la vejiga.
- Tiene dolor leve en la ingle o la zona pélvica.
- Tiene disfunción eréctil (dificultad para lograr una erección) o dolor al eyacular.

¿Dónde se encuentra la próstata?

La próstata se encuentra en el interior de la parte inferior del cuerpo. Produce semen y es importante para la reproducción sexual.

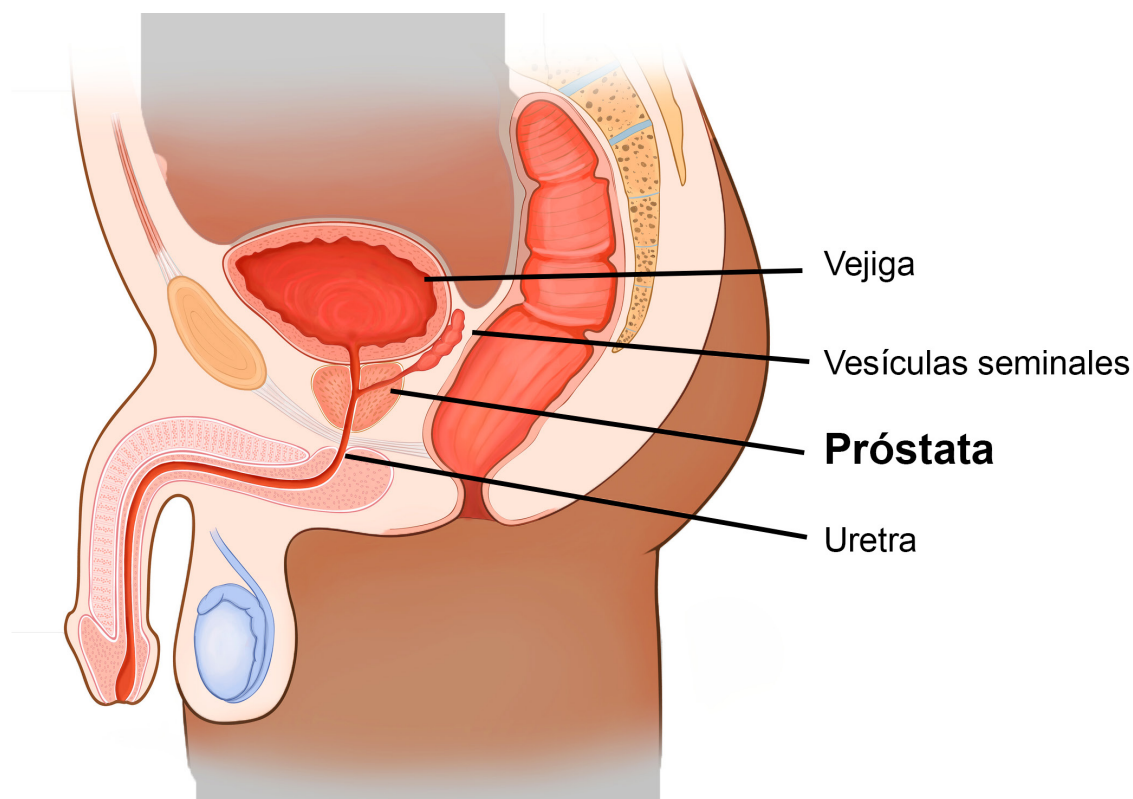
Próstata: Glándula del sistema reproductivo masculino. Una glándula es un órgano que produce fluidos o sustancias químicas que el cuerpo necesita. La glándula prostática produce una proteína (antígeno prostático específico o PSA) que nutre y ayuda a transmitir el semen. Además, la próstata contiene músculos que ayudan a impulsar el semen a través de la uretra durante la eyaculación.

Semen: Fluido compuesto por líquidos de la próstata y las vesículas seminales como también espermatozoides de los testículos. Durante la eyaculación, el semen se libera del cuerpo a través de la uretra y sale al exterior a través del pene.

Uretra: Tubo que transporta la orina desde la vejiga y fuera del cuerpo. La próstata envuelve la uretra justo debajo de la vejiga.

Vesículas seminales: Dos glándulas que producen otra parte del fluido que se transforma en semen. Las vesículas seminales se encuentran arriba de la próstata y detrás de la vejiga.

Vejiga: Órgano que retiene la orina.



¿Cuáles son las causas del cáncer de próstata?

Muchas personas con cáncer de próstata se preguntan de dónde vino y cómo lo contrajeron. Los investigadores del cáncer no saben exactamente qué hace que las células prostáticas crezcan de manera descontrolada (se conviertan en células cancerosas). La realidad es que todas las personas con próstata corren el riesgo de padecer este tipo de cáncer.

Pero varios factores se relacionan con un mayor riesgo de cáncer de próstata. Estos se llaman factores de riesgo. Un factor de riesgo es algo que aumenta las probabilidades de tener cáncer. Los factores de riesgo no causan cáncer de próstata necesariamente, pero las personas con cáncer de próstata suelen tener uno o más de estos factores de riesgo:

Edad

El factor de riesgo más importante del cáncer de próstata es la edad. El cáncer de próstata suele diagnosticarse en personas mayores de 65 años. Su probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta a medida que envejece.

Antecedentes familiares

Los antecedentes familiares son información sobre las enfermedades y afecciones de salud de su familia. Reflejan un patrón de determinadas enfermedades en los integrantes de la familia. Tener un pariente cercano con cáncer de próstata (un hermano o padre) aumenta la probabilidad de tenerlo.

Las personas con antecedentes familiares de ciertos tipos de cáncer (mama, ovario, colon, páncreas y otros tipos de cáncer) también pueden tener un mayor riesgo de padecer cáncer de próstata.

Factores genéticos

Cuando el cáncer “está presente en la familia”, pueden realizarse estudios genéticos para detectar cambios genéticos específicos (mutaciones) relacionados con el cáncer de próstata u otros tipos de cáncer. Por ejemplo, tener un cambio genético hereditario en el gen *BRCA2* aumenta el riesgo de padecer cáncer de próstata. Pero también puede haber anomalías genéticas no hereditarias.

Raza

En los Estados Unidos, los hombres de raza negra tienen más probabilidades de presentar cáncer de próstata que los hombres de raza blanca. Es más probable que el cáncer de próstata en los hombres de raza negra se presente a una edad más temprana y sea más agresivo y avanzado cuando se lo diagnostica. Los hombres de raza negra también tienen el doble de probabilidades de morir de cáncer de próstata que los hombres de raza blanca.

El cáncer de próstata se diagnostica con menos frecuencia en hombres hispanicos y asiáticos que en los hombres de raza negra.

Hay varios puntos que pueden contribuir con estas diferencias, como barreras para acceder a la atención médica (incluida la detección temprana), factores biológicos y genéticos, y otras causas. Los especialistas están realizando investigaciones en estas áreas.

A la luz de estas cuestiones, se recomienda que los hombres de raza negra hablen con sus profesionales de atención médica sobre la posibilidad de someterse a pruebas de detección antes de lo recomendado para otros hombres.

¿Qué significa agresivo?

Cuando los profesionales de atención médica describen el cáncer como agresivo, esto significa que es probable que el cáncer crezca o se extienda más rápidamente que el promedio.

El término “agresivo” también se utiliza para describir el tratamiento que es más fuerte o más intenso que otras opciones de tratamiento.

Alimentación y estilo de vida

No se ha demostrado que ningún tipo de alimentación en particular prevenga ni cause el cáncer de próstata. Sin embargo, se ha relacionado la ingesta de alimentos con mucha grasa, como la carne y los productos lácteos, con un mayor riesgo de padecer cáncer de próstata.

Comer más frutas y verduras puede reducir este riesgo. Hacer ejercicio y adelgazar también puede disminuir la agresividad del cáncer de próstata y la probabilidad de morir debido a esta enfermedad. Por otro lado, el tabaquismo y la obesidad aumentan los riesgos de padecer cáncer de próstata y morir debido a ello.

¿Qué es el cáncer de próstata en estadio temprano?

El cáncer de próstata se puede dividir en cáncer en estadio temprano o avanzado.

Estadio temprano

El cáncer de próstata en estadio temprano no se ha extendido a otros órganos. Por lo general, el cáncer se desarrolla lentamente y permanece en la próstata. El cáncer que está contenido completamente dentro de la próstata se denomina cáncer de próstata localizado.

Este libro trata sobre el cáncer de próstata en estadio temprano (localizado).

Estadio avanzado

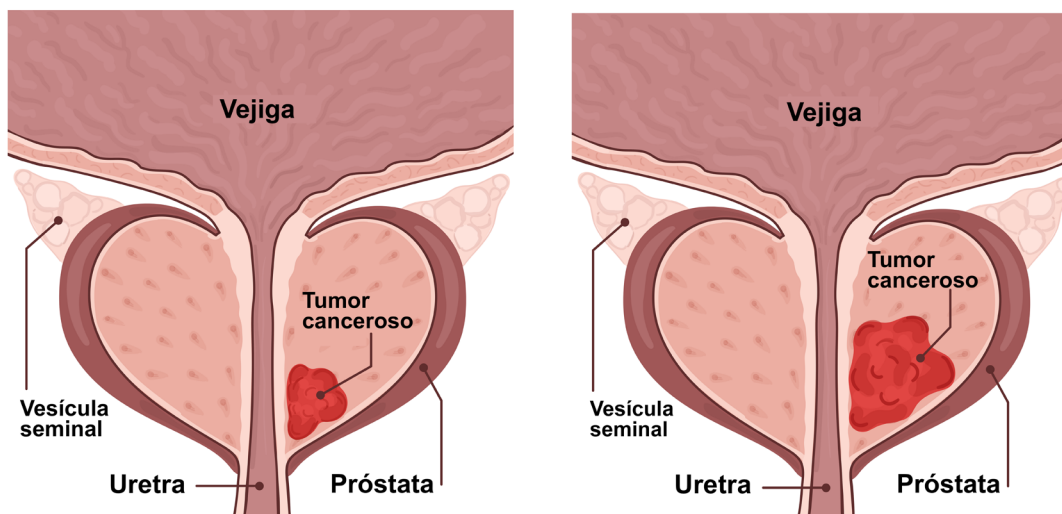
En el cáncer en estadio avanzado, las células cancerosas se han extendido fuera de la próstata a otras partes del cuerpo. Esta extensión se denomina metástasis o cáncer metastásico. El cáncer de próstata metastásico puede extenderse a los ganglios linfáticos, los huesos, el hígado, los pulmones y otros órganos.

Los síntomas del cáncer de próstata en estadio avanzado pueden dividirse en dos tipos:

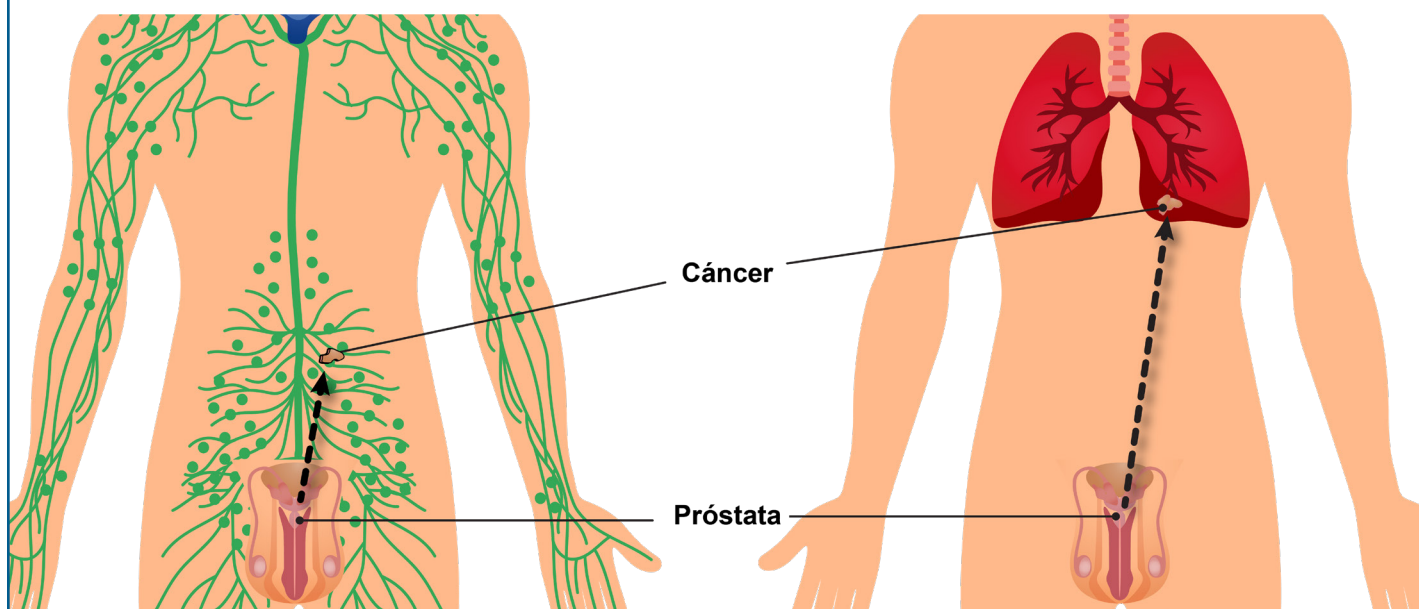
- El cáncer que se ha extendido desde la glándula prostática hasta los ganglios linfáticos cercanos, pero no más allá, se llama cáncer de próstata regional. (También se llama cáncer de próstata localmente avanzado. En este libro lo llamaremos cáncer de próstata regional para evitar confusiones entre localizado y localmente avanzado).
- El cáncer que se extiende más allá de la próstata a otras partes del cuerpo se llama cáncer de próstata metastásico.

Comparación entre el cáncer de próstata en estadio temprano y avanzado

El **cáncer de próstata en estadio temprano** no se ha extendido visiblemente a otros órganos. Suele crecer lentamente y limitarse dentro de la próstata. También se conoce como cáncer de próstata localizado.



En el **cáncer de próstata en estadio avanzado**, el cáncer se ha extendido fuera de la próstata y puede haber llegado a otras partes del cuerpo como los ganglios linfáticos (imagen inferior izquierda), los huesos u órganos como el hígado o los pulmones (imagen inferior derecha). Esto se conoce también como cáncer de próstata metastásico.



¿Se puede curar el cáncer de próstata?

El **cáncer de próstata en estadio temprano** es muy tratable y con frecuencia se puede curar. Cuanto antes se diagnostique y se trate el cáncer de próstata, hay más probabilidades de que el paciente viva sin cáncer. La mayoría de las personas con cáncer en estadio temprano viven sin cáncer durante muchos años, normalmente durante el resto de sus vidas.

Los científicos han aprendido mucho sobre el cáncer de próstata en los últimos años. En consecuencia, los métodos de detección y los tratamientos actuales funcionan mejor que los del pasado. Además, muchos pacientes con cáncer de próstata tienen ahora más opciones de tratamiento que antes.

Los tratamientos para el cáncer de próstata en estadio temprano incluyen cirugía, radioterapia y hormonoterapia, entre otros. Sin embargo, algunas personas con cáncer de próstata no necesitan recibir tratamiento de inmediato. Muchos pacientes con cáncer de próstata en estadio temprano pueden controlar el cáncer mediante un seguimiento activo.

Durante el seguimiento activo, le realizarán estudios periódicamente para controlarlo de cerca. Pero no recibirá tratamiento, a menos que el cáncer crezca o cambie de manera tal que requiera tratamiento.

El objetivo del seguimiento activo es evitar los posibles efectos secundarios del tratamiento, con la opción de tratar el cáncer en el futuro si lo necesita. Es posible que algunos pacientes en seguimiento activo nunca reciban tratamiento.

El **cáncer de próstata en estadio avanzado** se ha extendido a otras áreas de la zona pélvica (cáncer de próstata regional) o del cuerpo (cáncer de próstata metastásico) y suele durar toda la vida. Pero el tratamiento puede enlentecer su crecimiento, reducir los síntomas y prolongar la vida.

Los tratamientos para el cáncer de próstata en estadio avanzado incluyen hormonoterapia, quimioterapia, radioterapia, intervención quirúrgica y otras terapias.

El tratamiento y la detección temprana pueden reducir mucho las posibilidades de padecer cáncer de próstata en estadio avanzado. Muchas personas con cáncer de próstata en estadio avanzado siguen viviendo sus vidas con el cáncer y, en definitiva, pueden morir de otra cosa.

Puntos para recordar: Cuando se lo detecta de manera precoz, el cáncer de próstata tiene una de las tasas de supervivencia más altas de todos los tipos de cáncer.

Puntos clave

- El cáncer de próstata se presenta cuando las células de la glándula prostática crecen de manera descontrolada.
- La edad es el factor de riesgo más importante del cáncer de próstata. A medida que envejece, su probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta.
- Todas las personas con próstata tienen riesgo de tener este tipo de cáncer. No todas las personas con cáncer de próstata tienen síntomas.
- En la mayoría de las personas, el cáncer de próstata se desarrolla lentamente y permanece dentro de la próstata.
- En el cáncer de próstata en estadio temprano, el cáncer no se ha extendido por fuera de la glándula prostática.
- En el cáncer de próstata en estadio avanzado, el cáncer se ha extendido fuera de la próstata a otras partes del cuerpo. Esta extensión se llama metástasis.
- No todos los hombres diagnosticados con cáncer de próstata necesitan recibir tratamiento.



Sea su propio defensor. Converse con alguien que haya pasado por lo mismo que usted. Haga muchas preguntas, incluso las que tenga miedo de hacer. Tiene que protegerse y cerciorarse de tomar las mejores decisiones y recibir la mejor atención para su caso en particular”.

2

Estudios para detectar el cáncer de próstata

- 14 Acerca de los estudios
- 15 Estudios habituales de la próstata
- 17 Estudios médicos generales
- 18 Estudios de diagnóstico
- 24 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 24 Puntos clave

Si aún no se lo han diagnosticado, es necesario realizar estudios para detectar si tiene cáncer de próstata y si se trata de cáncer en estadio incipiente o avanzado. Estas pruebas también ayudan a los médicos a planificar el tratamiento correcto.

Acerca de los estudios

Los profesionales de atención médica usan una variedad de estudios para detectar el cáncer de próstata y para determinar el estadio. Las pruebas se utilizan para planificar el tratamiento, comprobar qué tan bien funciona el tratamiento y controlar su salud después de completarlo.

Este capítulo le servirá para saber qué estudios pueden hacerle y qué debe esperar al realizarse cada uno de ellos. Cuando vaya a realizarse los estudios, lleve a alguien con usted que escuche, haga preguntas y escriba las respuestas.

Los estudios comienzan con pruebas de detección del cáncer de próstata, seguidos de exámenes generales de salud y, luego, estudios de diagnóstico, en caso de ser necesario.

No todas las personas con cáncer de próstata se someterán a todos los estudios que se mencionan aquí.

Cuando vaya a realizarse los estudios, lleve a alguien con usted que escuche, haga preguntas y escriba las respuestas.



Estudios habituales de la próstata

Los estudios habituales de la próstata se utilizan para detectar la posibilidad de cáncer de próstata en personas no diagnosticadas. También se utilizan para examinar y controlar el cáncer de próstata en pacientes que han sido diagnosticados.

Los dos estudios habituales para detectar el cáncer de próstata son la prueba de antígeno prostático específico (PSA) y el examen de tacto rectal.

Análisis de PSA

Es un análisis de sangre que mide el nivel de PSA en el torrente sanguíneo. El PSA es una proteína que se fabrica dentro de la próstata. Su trabajo es ayudar al semen a transportar los espermatozoides. Todas las células prostáticas, tanto las normales como las cancerosas, producen PSA.

Si hay algún problema con la próstata, como el cáncer de próstata, la próstata puede producir más PSA. Si bien la mayor parte del PSA se encuentra en el semen, también llega un poco de este al torrente sanguíneo. Un nivel inusualmente alto de PSA en la sangre podría ser un indicio de cáncer de próstata. Del mismo modo, si el PSA aumenta después del tratamiento, esto puede indicar que está perdiendo eficacia.

Sin embargo, la edad y otros factores —como el agrandamiento de la próstata o una infección de las vías urinarias— también pueden causar un aumento de los niveles de PSA. Esto significa que el análisis de PSA por sí mismo no puede brindar un diagnóstico de cáncer de próstata. Es por ello que el análisis de PSA suele acompañarse con estudios de diagnóstico por imágenes o un tacto rectal, o ambos, para decidir si se debe realizar una biopsia.

El nivel de PSA (también llamado PSA total) se mide en nanogramos de PSA por mililitro (ng/ml) de sangre.

Análisis de PSA

El antígeno prostático específico (PSA) es una proteína que se produce dentro de la glándula prostática. Si hay algún problema con la próstata, esta puede producir más PSA. Un nivel inusualmente alto de PSA en la sangre podría ser un indicio de cáncer de próstata.

Pero un nivel alto de PSA no significa automáticamente que tiene cáncer de próstata. En cambio, es una señal de advertencia de que es posible que necesite realizarse más estudios.



Examen de tacto rectal

El médico introduce un dedo en el recto para palpar la próstata y detectar si hay signos de cáncer. Para ello, usa guantes y un lubricante para que sea más fácil.

El examen de tacto rectal (también llamado examen de próstata) puede ser un estudio incómodo y molesto. Pero es la manera más simple y más directa de comprobar el tamaño y la textura de la próstata. Una próstata con partes irregulares o endurecidas podría indicar la presencia de un tumor.

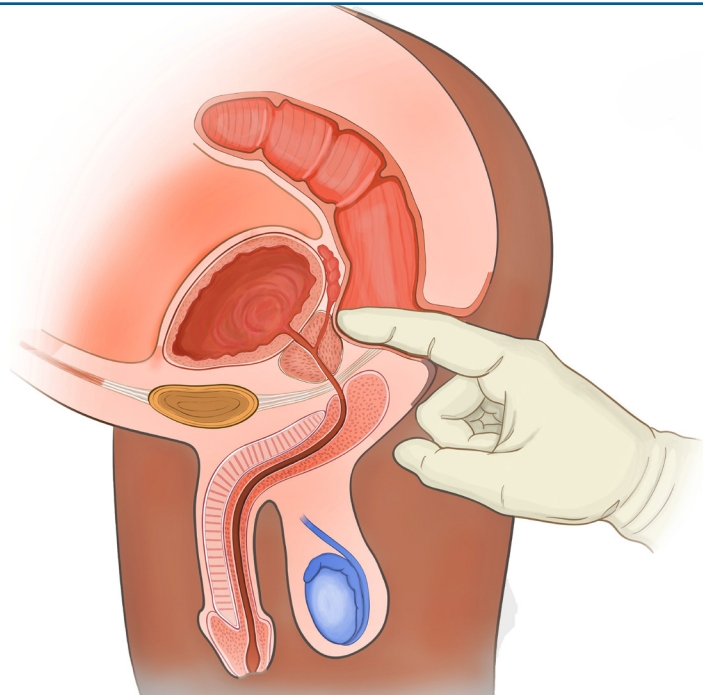
Sin embargo, no se pueden palpar todas las partes de la próstata durante el examen de tacto rectal. Por ello, se suele acompañar con un análisis de PSA y evaluar otros factores, como su edad, raza, antecedentes familiares, etc., para determinar si necesita otros estudios.

No le tema al examen de tacto rectal

El examen de tacto rectal es la manera más simple y directa de comprobar el tamaño y la textura de la próstata. Aunque puede ser incómodo, dura menos de un minuto.

Examen de tacto rectal

Un examen de tacto rectal es un procedimiento en el que el médico introduce un dedo a través del recto para palpar la próstata. Una próstata con partes irregulares o endurecidas podría indicar la presencia de un tumor. Sin embargo, no se pueden palpar todas las partes de la próstata durante este examen. Por lo tanto, se utilizan otras pruebas, como el nivel de PSA y los estudios de diagnóstico por imágenes, para obtener una imagen más completa de la salud de su próstata.



Estudios médicos generales

Antecedentes médicos

Su equipo de atención necesita contar con toda su información de salud. Le preguntará por los problemas de salud y tratamientos que ha tenido en su vida. Prepárese para hablar de las enfermedades o lesiones que ha tenido y cuándo ocurrieron. Además, informe a su médico sobre cualquier síntoma que tenga.

Lleve una lista de los medicamentos nuevos y antiguos e incluso los de venta libre, herbarios o los suplementos que esté tomando. Algunos de ellos (como la palma enana americana o la hierba de San Juan) pueden causar cambios en sus niveles de PSA, es por ello que su médico debe saber si los está tomando.

Antecedentes familiares

Algunos cánceres, como otras enfermedades, pueden ser hereditarios. El equipo de atención le preguntará sobre los antecedentes médicos de sus familiares consanguíneos. Esta información se llama antecedentes familiares.

Es importante preguntarles a los parientes de ambos lados de la familia sobre todos los antecedentes de cáncer, no solo de cáncer de próstata. Pregunte a sus familiares sobre otros problemas de salud como enfermedades cardíacas y diabetes, a qué edad se les diagnosticó y si alguien murió a causa del cáncer. Comparta esta información y cualquier cambio en los antecedentes familiares con su equipo de atención médica.

Síntomas y calidad de vida

Su médico u otro miembro de su equipo de atención le hará una serie de preguntas sobre los síntomas que pueda tener (como orinar con frecuencia, dificultad para orinar o defecar, o problemas sexuales). También le preguntarán cómo afectan estos síntomas su calidad de vida.

La calidad de vida se refiere a su satisfacción general con respecto a su bienestar y su capacidad para participar en actividades cotidianas. Es importante responder a todas estas preguntas de manera honesta y completa para que su equipo de atención pueda realizar una evaluación total y actualizada de su estado.

Análisis de sangre y orina

Para realizar un análisis de sangre, se introduce una aguja en la vena del brazo a fin de extraer una muestra de sangre. La muestra se examina en un laboratorio donde se estudian las células, proteínas y otros componentes de la sangre para detectar si hay signos de la enfermedad u otras afecciones.

Si su nivel de PSA es más alto, es posible que le hagan otros análisis de sangre u orina. Estos estudios, conocidos también como análisis de biomarcadores, se pueden utilizar para complementar el PSA y decidir si es necesario realizar otras pruebas. Entre estos análisis de sangre se incluyen 4Kscore, PHI e IsoPSA. Entre los análisis de orina se encuentran: ExoDx, miR Sentinel, MPS, PCA3 y SelectMDx.

Estudios de diagnóstico

Si en el análisis de PSA, el examen de tacto rectal, los análisis de sangre u orina, u otros factores (como los antecedentes familiares, la raza o la edad) hay indicios de cáncer de próstata, le recomendarán realizarse estudios de diagnóstico.

Hable con su médico si el próximo paso es hacerse una biopsia o un estudio de diagnóstico por imágenes.

Estudios de diagnóstico por imágenes

En los estudios de diagnóstico por imágenes, se toman fotografías (imágenes) del interior del cuerpo. Las imágenes pueden revelar la presencia de cáncer, su tamaño, ubicación y otras características como el tamaño de la próstata propiamente dicha. Las imágenes pueden mostrar dónde comenzó el cáncer (tumor primario) y si se ha extendido (hizo metástasis). Las imágenes también se utilizan después del tratamiento del cáncer para determinar si funcionó y comprobar si ha regresado.

Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden hacerse antes, durante o después de la biopsia.

- **Antes:** en ocasiones se indica un estudio de diagnóstico por imágenes con anticipación para determinar si es realmente necesario realizar una biopsia.
- **Durante:** esta técnica se utiliza durante la biopsia para guiar la extracción de las muestras de tejido.
- **Después:** estos estudios se pueden indicar después de la biopsia para ver el tamaño y la ubicación del cáncer, lo que ayuda a planificar el tratamiento.

Entre los métodos de estudios por imágenes para detectar el cáncer de próstata se incluyen RM, TC, TEP, ecografía, gammagrafía ósea, o una combinación de ellas.

Después de realizar el estudio, un radiólogo estudiará las imágenes. Un radiólogo es un médico especializado en la lectura de estudios de diagnóstico por imágenes. El radiólogo enviará los resultados a su médico. Esta información ayuda a su médico a planificar los siguientes pasos de su tratamiento. Su médico analizará los resultados con usted. No olvide preguntar cualquier duda que tenga.

Es posible que no se necesiten estudios de diagnóstico por imágenes para el cáncer de próstata en estadio temprano. Si los resultados de su prueba de PSA, tacto rectal y biopsia de próstata indican que el riesgo de que el cáncer haga metástasis es bajo, es posible que no necesite estudios de diagnóstico por imágenes en este momento.

Su equipo puede recomendarle uno o varios de los siguientes estudios para detectar la presencia de cáncer:

Exploración por RM

La exploración por resonancia magnética (RM) usa ondas sonoras e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo. La RM puede proporcionar una imagen detallada del cáncer dentro de la próstata. También se usa para determinar si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos o a los huesos de la pelvis.

La RM se puede utilizar antes de una biopsia para localizar zonas sospechosas de cáncer. O se puede utilizar después del diagnóstico para determinar si el cáncer ha avanzado fuera de la próstata o ha tomado los ganglios linfáticos. Puede ayudar a planificar el tratamiento o decidir si es adecuado realizar un seguimiento activo. La RM también se puede usar después del tratamiento para verificar si el cáncer ha regresado (recidiva).

El resonador es una máquina grande que tiene un túnel en el centro. Esta máquina hacer mucho ruido, pero puede usar tapones para los oídos o escuchar música con auriculares.

Antes de hacerle este estudio, pueden darle un medio de contraste. El medio de contraste se utiliza para resaltar los vasos sanguíneos, los órganos y otros tejidos en las imágenes. El medio de contraste se inyecta en el torrente sanguíneo y se elimina por la orina.

La sesión de una RM puede durar entre 1 y 2 horas, incluidos entre 30 y 60 minutos de exploración propiamente dicha. Tendrá que permanecer lo más quieto que pueda durante el estudio. Es posible que le coloquen almohadas o almohadones para ayudarlo a no moverse.

Como la RM usa imanes, no lleve ningún objeto metálico (como alhajas, teléfonos celulares, reloj pulsera, cinturón con hebillas metálicas) a la sala de diagnóstico por imagen.

Exploración por TC

Si la opción de RM no está disponible o no se recomienda para usted, podrían indicarle una exploración por tomografía computarizada (TC o TAC). La exploración por TC toma muchas radiografías del cuerpo desde distintos ángulos. Una computadora combina todas las radiografías para obtener una única imagen detallada.

Exploración por TEP

La exploración por tomografía por emisión de positrones (TEP) resalta las células del cuerpo que pueden ser cancerosas. La exploración por TEP se utiliza después de que haber sido diagnosticado para determinar la extensión del cáncer o para ver si ha hecho metástasis. Este estudio también puede mostrar si el tratamiento está funcionando.

La exploración por TEP requiere inyectar una sustancia radioactiva llamada radiomarcador en el torrente sanguíneo. El radiomarcador demora una hora en circular por todo el cuerpo. Este se dirige a las células cancerosas, que aparecen como puntos brillantes en la exploración. Luego, el marcador sale del cuerpo a través de la orina.

TEP

La exploración por tomografía por emisión de positrones (TEP) resalta las células del cuerpo que pueden ser cancerosas. La exploración por TEP se utiliza después de que haber sido diagnosticado para determinar la extensión del cáncer o para ver si ha hecho metástasis. Este estudio también puede mostrar si el tratamiento está funcionando. Una próstata con partes irregulares o endurecidas podría indicar la presencia de un tumor. Sin embargo, no se pueden palpar todas las partes de la próstata durante este examen. Por lo tanto, se utilizan otras pruebas, como el nivel de PSA y los estudios de diagnóstico por imágenes, para obtener una imagen más completa de la salud de su próstata.



Como en la RM y la TC, el tomógrafo por emisión de positrones es una máquina grande que tiene un túnel en el centro. La sesión de una TEP puede durar entre 1 y 2 horas, incluidos unos 30 minutos de la exploración propiamente dicha.

Dado que la TEP utiliza un método diferente, suele combinarse con otros tipos de estudios de diagnóstico por imágenes, como la TC o la RM, para obtener una imagen aún más detallada. Estos métodos de estudio combinados se llaman TEP/TC o TEP/RM.

TEP/PSMA

Los estudios mediante TEP/PSMA son una clase especial de TEP que detectan una proteína llamada antígeno de membrana específico de la próstata (PSMA) en la superficie de las células del cáncer de próstata. Estas células producen mucho PSMA, entonces, los médicos desarrollaron radiomarcadores que se dirigen a esa proteína específica.

El estudio de TEP/PSMA es especialmente útil para detectar el cáncer que se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos o ha hecho metástasis

en zonas alejadas. Se utiliza también para controlar el cáncer de próstata que puede regresar después del tratamiento (recidiva). Entonces, es posible que una persona con cáncer de próstata en estadio temprano no necesite una TEP/PSMA en el momento del diagnóstico. Su equipo conversará con usted si este estudio pudiese ser útil para su cáncer específico.

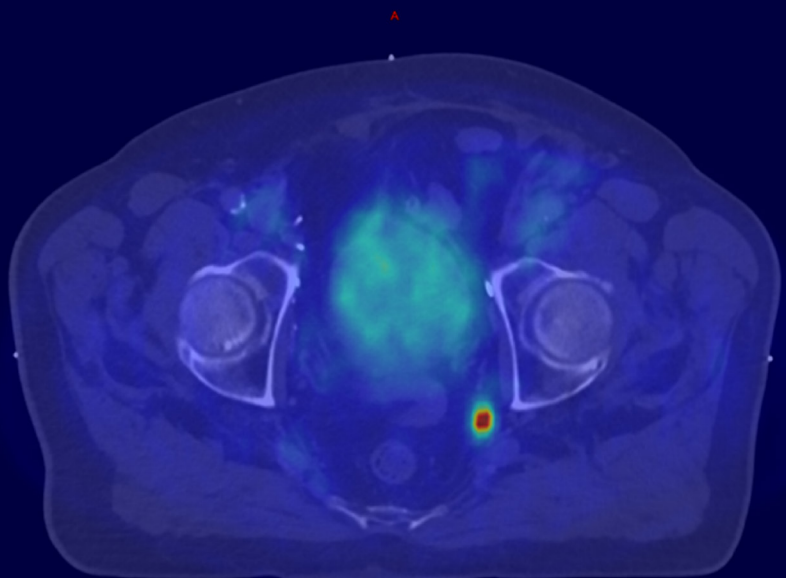
Gammagrafía ósea

La gammagrafía ósea puede detectar si el cáncer se ha extendido a los huesos. Este estudio se puede usar si tiene dolor en los huesos, si tiene un alto riesgo de metástasis óseas o si hay cambios en ciertos resultados del estudio. Es posible que también se utilicen gammagrafías óseas para controlar el tratamiento.

Una gammagrafía ósea utiliza un radiomarcador para tomar imágenes del interior de los huesos. Antes de que se tomen las imágenes, se inyectará el radiomarcador en el torrente sanguíneo. Pueden pasar algunas horas hasta que el radiomarcador entre en los huesos.

Exploración por TEP/TC del cáncer de próstata

Este estudio combina una TEP y TC para mostrar una sección transversal de la zona pélvica del paciente. El círculo verdoso identifica la presencia de cáncer en la próstata, mientras que el punto rojo intenso indica que el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos de la zona pélvica.



Una cámara especial tomará imágenes del radiomarcador en los huesos. Las zonas con daño óseo absorben más radiomarcador que los huesos sanos. Estas zonas aparecen como puntos brillantes en las imágenes. El daño óseo puede producirse por el cáncer, el tratamiento contra el cáncer u otros problemas de salud.

Biopsia

Aunque un nivel de PSA elevado y un examen de tacto rectal anormal son signos de un posible cáncer de próstata, la única forma de confirmarlo es mediante una biopsia. Una biopsia es un procedimiento en el que se extrae una muestra de células o tejido del cuerpo y se analiza para detectar cáncer.

Una biopsia es una prueba invasiva, lo que significa que se toma una muestra del cuerpo (se invade). Todas las pruebas invasivas presentan algún riesgo. Los riesgos de la biopsia de próstata incluyen infección, sangrado y dolor. Los médicos usan pruebas invasivas solo cuando es necesario.

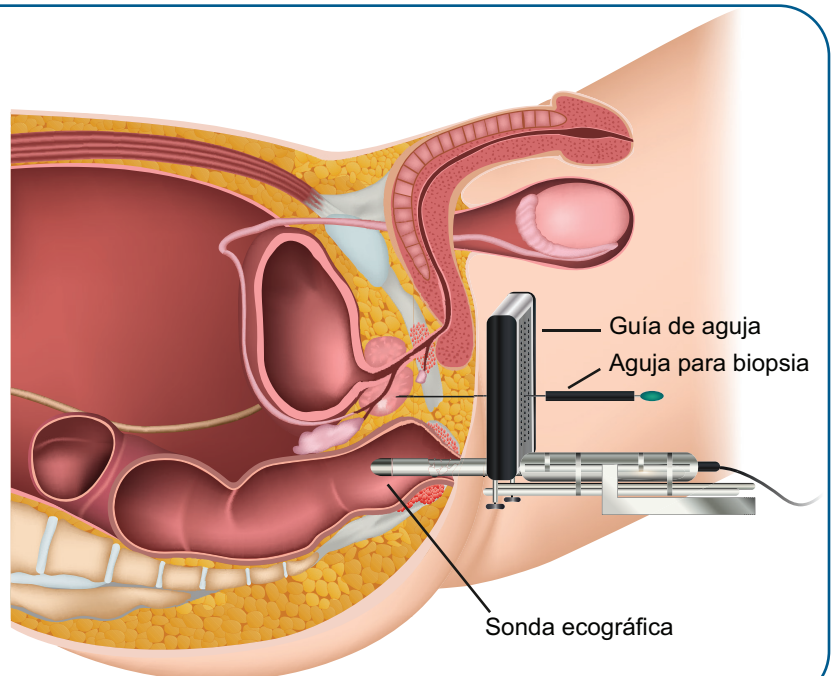
Usted y sus médicos decidirán cuándo debe realizarse una biopsia o si es necesaria.

Por lo general, la biopsia la realiza un urólogo. El urólogo es el médico experto en las enfermedades de los órganos del sistema urinario y del sistema reproductor masculino. Para este procedimiento, se debe acostar de lado con las rodillas dobladas o de espaldas con las piernas elevadas. Se le administrará anestesia para dormirlo o para adormecer el dolor. El urólogo introduce una sonda lubricada en el recto. Esta sonda proporciona una imagen visual de la próstata.

Luego, el urólogo introduce una aguja hueca en la glándula prostática utilizando la pantalla de video para guiarla. La aguja se introduce a través del recto o a través del perineo (la piel entre el ano y el escroto). Cuando el urólogo retira la aguja, extrae una pequeña muestra de tejido prostático llamada cilindro tisular. El cilindro tisular mide solo 1 o 2 milímetros de ancho y unos 12 a 20 milímetros de largo (aproximadamente el ancho de un escarbidentes y la longitud de una pasa de uva).

Biopsia de la próstata

En una biopsia se extrae una muestra de tejido para detectar si hay cáncer. Esta es una biopsia transperineal, en la que se introduce una aguja en la próstata a través del perineo. La sonda ecográfica, que se introduce a través del recto, ayuda al médico a guiar la aguja hacia el próstata. La exploración por RM de la próstata se puede combinar con la ecografía para ofrecer una imagen bien precisa del cáncer.



El urólogo suele tomar 12 cilindros tisulares o más de distintas partes de la próstata. Analizar diferentes zonas proporciona una evaluación más completa del cáncer en toda la glándula.

Una vez tomadas las muestras de biopsia, se envían a un laboratorio para analizarlas. En el laboratorio, un especialista llamado anatomopatólogo examina la muestra con un microscopio y realiza pruebas para detectar cáncer. El anatomopatólogo determina cuántos cilindros tisulares presentan cáncer y también mide el porcentaje de cáncer en cada uno de ellos. Con esta información, el anatomopatólogo puede estimar la cantidad de cáncer en la próstata. Además, al saber dónde se tomó cada cilindro tisular, el anatomopatólogo puede saber si el cáncer se concentra en una determinada sección de la próstata.

El anatomopatólogo vuelca estos resultados en un informe. Pídale a su médico que analice el informe de anatomopatología con usted.

Es común tener que realizarse más de una biopsia si está en la fase de seguimiento activo. Se realizará una biopsia para determinar el diagnóstico y otra al año (llamada biopsia confirmatoria) para determinar si se han producido cambios con el tiempo.

Hacerse una biopsia puede causar complicaciones. Una complicación es un resultado no deseado ni previsto de un procedimiento. Las complicaciones pueden incluir infección, sangrado del recto o presencia de sangre en la orina, las heces o el semen. Estas suelen desaparecer en unos pocos días o, en el caso del semen, en unas pocas semanas. Sin embargo, es importante saber que una biopsia no hace que el cáncer de próstata se extienda o empeore.

Estudios genéticos

Los estudios genéticos se utilizan para detectar cambios anormales en los genes. Los genes son pequeños segmentos de ADN que se encuentran dentro de cada una de las células. Los genes proporcionan las instrucciones que indican a la célula cómo fabricar las proteínas que desempeñan muchas funciones importantes en el cuerpo.

Cada tanto, un gen presenta o desarrolla un cambio anormal (mutación). Una mutación se presenta cuando algo es diferente en sus genes en comparación con los de la mayoría de las demás personas. A veces, un cambio anormal puede hacer que un gen produzca el tipo incorrecto de proteína o que no produzca ninguna. Esta anomalía podría afectar a la célula lo que, a su vez, podría causar una enfermedad como el cáncer.

Las mutaciones pueden transmitirse en las familias, en cuyo caso, están presentes en todas las células de su cuerpo. O pueden producirse de manera espontánea en algunas células solamente. En otras palabras, pueden estar presentes antes de nacer (lo que se denomina mutación hereditaria o de estirpe germinal) o aparecer por sí solas más adelante en la vida (lo que se denomina mutación adquirida o somática).

Los dos tipos básicos de estudios genéticos utilizados para el tratamiento del cáncer de próstata son los análisis de estirpe germinal y los análisis de biomarcadores moleculares:

Estudios de estirpe germinal

A veces, las mutaciones en los genes heredados de sus padres pueden aumentar el riesgo de padecer diferentes tipos de cáncer. También puede transmitir estos genes a sus hijos. Otros familiares también pueden ser portadores de estas mutaciones. Si tiene antecedentes familiares de cáncer, su médico puede indicarle la realización de estudios genéticos

de estirpe germinal para detectar si tiene riesgo hereditario de padecer cáncer.

El objetivo de este tipo de estudios genéticos es detectar mutaciones de estirpe germinal (hereditarias) que están presentes en cada célula del cuerpo. Los estudios genéticos de estirpe germinal se realizan en muestras de sangre, orina o saliva.

Para el cáncer de próstata, los estudios de estirpe germinal buscan cambios característicos en estos genes: *BRCA1*, *BRCA2*, *ATM*, *CHEK2*, *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PALB2*, *PMS2* y otros. Algunas mutaciones pueden ponerlo en riesgo de tener más de un tipo de cáncer. Las mutaciones de estirpe germinal en genes como *BRCA1* o *BRCA2* también se relacionan con el cáncer de mama, el cáncer de ovario, el cáncer de páncreas y el cáncer de piel (melanoma). Las mutaciones de estirpe germinal en *MSH2*, *MSH6*, *MLH1* y *PMS2* se relacionan con el cáncer colorrectal y uterino, además del cáncer de próstata.

Si se sospecha que existe una mutación en función de sus antecedentes médicos o familiares, pregunte por los estudios. Su médico puede hablar con usted sobre los estudios o derivarlo a un asesor genético. Un asesor genético es un experto especialmente capacitado en enfermedades genéticas. Puede ayudarlo a decidir si le gustaría realizarse un estudio de estirpe germinal y ayudarlo a interpretar los resultados de estos estudios.

Los estudios de estirpe germinal se recomiendan para pacientes con cáncer de próstata y cualquiera de los siguientes:

- Familiares o parientes que tengan o hayan tenido cáncer de próstata, cáncer de mama, cáncer de ovario, cáncer de intestino y otros tipos de cáncer determinados.

- Antecedentes familiares de mutaciones de ciertos genes, como *BRCA1*, *BRCA2*, *ATM*, *CHEK2* y otros.
- Cáncer de próstata de riesgo alto, riesgo muy alto, regional o metastásico, independientemente de los antecedentes familiares.
- Ascendencia judía askenazi.
- Padecer otros tipos de cáncer.

Hable con su médico o asesor genético sobre sus antecedentes familiares de cáncer.

Análisis de biomarcadores moleculares

En los análisis de biomarcadores, se analiza una muestra de biopsia para observar sus componentes moleculares. Esta información ayuda a determinar la probabilidad de que el cáncer se extienda a otras partes del cuerpo. Los análisis de biomarcadores pueden considerarse para las personas con cáncer de próstata localizado, regional o metastásico. Los análisis de biomarcadores suelen conocerse como pruebas genómicas, perfiles genéticos o análisis moleculares del tumor.

La razón principal para indicar un análisis de biomarcadores es evaluar si tiene cáncer de próstata de menor o mayor riesgo. Si tiene cáncer de menor riesgo, es posible que pueda evitar o retrasar el tratamiento, como la cirugía o radioterapia, lo que significa que también podría evitar o retrasar cualquier complicación y efecto secundario relacionados con el tratamiento. Al mismo tiempo, un análisis de biomarcadores moleculares puede señalar quiénes tienen un cáncer de mayor riesgo, lo que puede darles una ventaja en el tratamiento.

Los análisis de biomarcadores moleculares se analizan en profundidad en el *Capítulo 3*.

¿Cuál es el siguiente paso?

Después de que se haya realizado todas estas pruebas para averiguar si tiene cáncer de próstata, su equipo de atención médica reunirá todos los resultados para determinar si su cáncer de próstata tiene un riesgo menor o mayor.

Una vez que se haya identificado su nivel de riesgo, su equipo evaluará si necesita tratamiento y, de ser así, cuál será su plan de tratamiento.

Puntos clave

- Un nivel inusualmente alto de PSA en el torrente sanguíneo podría ser un indicio de cáncer de próstata.
- El examen de tacto rectal es la manera más simple de comprobar el tamaño y la textura de la próstata.
- Para confirmar el cáncer de próstata (diagnóstico), se debe realizar una biopsia. Es un procedimiento en el que se extraen muestras de células o tejido para detectar cáncer.
- Se pueden realizar estudios de diagnóstico por imágenes para determinar si el cáncer se ha extendido más allá de la próstata. Es posible que no se necesiten estudios de diagnóstico por imágenes para el cáncer de próstata en estadio temprano.
- Las estudios genéticos se utilizan para detectar cambios anormales (mutaciones) en los genes.
- Para saber si tiene un riesgo hereditario de cáncer, puede hablar con su médico sobre los análisis de estirpe germinal o pedirle que lo derive a un asesor genético.
- Es posible que se analice la muestra de una biopsia de su tumor para observar sus componentes moleculares (análisis de biomarcadores).

3

Evaluación del riesgo

- 26 Grupos de riesgo
- 31 Expectativa de vida
- 33 Nomogramas
- 33 Análisis de biomarcadores moleculares
- 34 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 34 Puntos clave

Es importante conocer el riesgo de que empeore su cáncer. Su equipo de atención examinará varias características clave para evaluar su riesgo. Este capítulo explica cada una de estas características.

Después de que le digan que tiene cáncer, su siguiente pensamiento puede ser: “¿Cuándo puedo empezar el tratamiento para eliminarlo?”. Es un hecho que muchos pacientes con cáncer de próstata en estadio temprano no necesitan tratamiento de inmediato. Muchos no lo necesitan nunca.

Determinar si un paciente necesita tratamiento y qué tratamiento usar requiere una evaluación de sus riesgos. La evaluación de riesgos es un proceso para identificar posibles problemas y, luego, considerar qué sucedería si ocurrieran esos problemas.

En el caso del cáncer de próstata en estadio temprano, la evaluación de riesgos también considera si el cáncer puede permanecer dentro de la próstata o extenderse fuera de ella. La evaluación de riesgos también considera si el cáncer puede reaparecer después del tratamiento (recidiva) y, de ser así, si se puede controlar con un tipo diferente de tratamiento.

Para evaluar los riesgos, sus médicos usan las siguientes herramientas: **grupos de riesgo, expectativa de vida, nomogramas y análisis de biomarcadores moleculares**. Aunque no se usen todas, analicemos cada una de estas herramientas de evaluación:

Grupos de riesgo

Su equipo de atención analiza las características clínicas de su cáncer, como el nivel del antígeno prostático específico (PSA), los resultados de la biopsia y los resultados de otros estudios. A partir de esta información, sus médicos pueden clasificar su enfermedad en uno de los cinco grupos de riesgo diferentes, desde riesgo muy bajo hasta riesgo muy alto.

¿Por qué debe conocer su grupo de riesgo? Porque su grupo de riesgo es la base de su pronóstico. El pronóstico predice la evolución y el resultado probables de una enfermedad. Su pronóstico guía sus opciones de tratamiento. Por ejemplo, los pacientes con menor riesgo suelen recibir un tratamiento mínimo o ningún tratamiento en absoluto. Los pacientes con mayor riesgo suelen recibir un tratamiento más agresivo.

Los resultados de las pruebas y los cálculos —**nivel de PSA, grupo de grado, estadio tumoral y resultados de la biopsia**— se reúnen para determinar su grupo de riesgo.

Nivel de PSA

Con un simple análisis de sangre sabrá cuánto antígeno prostático específico (PSA) hay en su torrente sanguíneo. Un nivel alto de PSA puede indicar riesgo de padecer cáncer de próstata. Sin embargo, los niveles altos de PSA pueden variar según la edad, la raza y otros factores:

- **Edad:** el nivel de PSA tiende a aumentar con la edad. Para las personas de 40 años, un nivel de PSA superior a 2,5 ng/ml es un indicio de enfermedad. Para las personas de 60 años, el indicio de enfermedad es de 4,5 ng/ml. Un nivel de PSA de 10 ng/ml o más es una señal de peligro a cualquier edad.
- **Raza:** los niveles normales de PSA tienden a ser más altos en los hombres de raza negra que en los hombres de raza blanca, aproximadamente 1 punto más alto en promedio en los hombres de la misma edad. Los investigadores no saben la razón de esta diferencia, pero la están investigando.
- **Agrandamiento de la próstata:** cuanto más grande es la próstata, más PSA puede producir. Otros problemas de salud, además del cáncer, pueden causar agrandamiento de la próstata.
- **Relaciones sexuales y ejercicio:** el PSA puede aumentar después de eyacular o de hacer ejercicios vigorosos. Su médico puede recomendarle que evite tener relaciones sexuales y hacer ejercicio durante 2 o 3 días antes de realizarse un análisis de PSA. Este breve descanso permite que el PSA vuelva a su nivel habitual.
- **Medicamentos y suplementos:** algunos medicamentos, hierbas y suplementos también pueden afectar el nivel de PSA.
- **Biopsia:** el nivel de PSA aumenta temporalmente después de una biopsia de próstata.



Ahora más que nunca, las personas con cáncer viven mejor y más tiempo gracias al poder de la investigación y los avances en los tratamientos”.

Sin embargo, el nivel de PSA no es la única forma de evaluar todo el panorama. Hay otras maneras de interpretar el PSA, como su densidad.

Densidad del PSA

Si tiene agrandamiento de la próstata, es posible que tenga un nivel de PSA más elevado. Pero esto no significa que tenga un mayor riesgo de cáncer de próstata. Para ajustar esto, los médicos calculan la densidad del PSA.

La densidad del PSA es la cantidad de PSA en comparación con el tamaño de la próstata. Se calcula dividiendo el nivel de PSA por el tamaño de la próstata. El tamaño de la próstata se mide mediante una ecografía transrectal o una RM. Una densidad del PSA más elevada (superior a 0,15 ng/ml², por ejemplo) indica una mayor probabilidad de cáncer. La densidad del PSA también tiene en cuenta a las personas con próstatas pequeñas y muy pequeñas que podrían tener cáncer de próstata incluso con un bajo nivel de PSA.

Grupo de grado

Si se encuentran células cancerosas en sus muestras de biopsia, otras pruebas pueden identificar su riesgo de cáncer. Los resultados de estas pruebas pueden indicar que el cáncer crecerá y se extenderá rápidamente, por ejemplo. O bien, los resultados pueden indicar que el cáncer crecerá muy lentamente y no se extenderá fuera de la próstata. Esta información ayuda a planificar el mejor plan de tratamiento para su tipo de cáncer.

Al analizar las muestras de la biopsia, el anatomopatólogo identifica determinados patrones de células cancerosas (llamados patrones de Gleason), que se usan para calcular su puntuación de Gleason, que se traduce en su grupo de grado, que calcula su riesgo.



Esto puede resultar confuso al principio (*¿patrones de Gleason? ¿Puntuación de Gleason? ¿Grupo de grado?*), pero luego no es para nada complicado. Siga leyendo.

Patrones de Gleason

Después de estudiar la muestra de biopsia con un microscopio, el anatomopatólogo asignará un número según el “patrón” de células cancerosas (patrón de Gleason) de la muestra. A un patrón de células cancerosas que se parece más a las células normales y sanas se le asigna un número más bajo. A un patrón de células que parece más anormal se le asigna un número más alto.

Los patrones de Gleason varían del 1 al 5. Sin embargo, muy pocas veces se encuentran los patrones 1 y 2 y estos ya no se usan. Por lo tanto, el número más bajo (más normal) es el 3.

Puntuación de Gleason

Si los tumores de próstata tuvieran solo un patrón de células cancerosas, calcular el riesgo sería mucho más fácil. Pero las biopsias de próstata suelen contener más de un patrón de células.

Para dar cuenta de esto, los dos patrones de Gleason que se encuentran con más frecuencia en la muestra de biopsia se combinan con una única puntuación de Gleason. Al patrón de células cancerosas que ocupa la mayor superficie en la muestra se le asigna el primer número. Al patrón que representa la segunda superficie más grande se le asigna el segundo número.

Si se suman ambos números, se obtiene la puntuación de Gleason. Por ejemplo:

**patrón 3 + patrón 4 =
puntuación de Gleason de 7**

Una puntuación de Gleason representa en qué medida su muestra de biopsia se parece al tejido prostático normal. Además, calcula la agresividad del cáncer de próstata (con qué rapidez puede crecer y si se extenderá). Una puntuación de Gleason más elevada significa que es más probable que el cáncer crezca y se extienda más rápidamente que si tuviera una puntuación inferior.

La puntuación de Gleason oscila entre 6 y 10; 6 es el nivel más bajo. Una puntuación de Gleason de 7 es un grado intermedio y entre 8 y 10 es de grado elevado. Esto puede resultar confuso porque 6 parece una puntuación intermedia, no una puntuación baja. Entonces, para que sea más fácil usar la puntuación de Gleason, se puede organizar en grupos de grado.

Grupos de grado

Un grupo de grado es una manera de interpretar la puntuación de Gleason. Hay cinco grupos de grado, numerados del 1 al 5. Cuanto más alto el grupo de grado, más agresivo es el cáncer. Entonces, la puntuación de Gleason de 6 se asigna al grupo de grado 1 para indicar que es la puntuación más baja. Del mismo modo, el cáncer con una puntuación de Gleason de 9 o 10 se transforma en el grupo de grado 5, la puntuación más elevada.

Es importante saber que el sistema de grupos de grado también tiene en cuenta que el grupo de grado 2 y el grupo de grado 3 tienen una

puntuación de Gleason de 7. La diferencia es que el cáncer del grupo de grado 3 es más grave. ¿Por qué? Porque el primer número de la puntuación de Gleason del grupo de grado 3 (4+3) es mayor que el primer número del grupo de grado 2 (3+4). Recuerde, el primer número se asigna al patrón de cáncer que ocupa la mayor superficie de la muestra de biopsia.

El grupo de grado 1 indica un riesgo bajo. Los grupos de grado 2 y 3 corresponden a un riesgo intermedio. Los grupos de grado 4 y 5 predicen un riesgo alto y muy alto. **Consulte la Guía 1.**

Guía 1

Cómo conocer su riesgo a partir de su puntuación de Gleason

Patrones de Gleason	Puntuación de Gleason	Grupo de grado	Pronóstico
3+3	6	1	El cáncer de grado bajo es menos agresivo y es probable que crezca y se extienda muy lentamente. Si el cáncer es pequeño, pueden pasar muchos años antes de que se convierta en un problema. Es posible que el cáncer de grado bajo nunca requiera tratamiento.
3+4	7	2	El cáncer de grado intermedio es moderadamente agresivo y es probable que crezca y se extienda de manera moderada. Si el cáncer es pequeño, pueden pasar varios años antes de que se convierta en un problema. Para evitar problemas, puede requerirse el tratamiento.
4+3	7	3	
4+4 3+5 5+3	8	4	El cáncer de grado alto es muy agresivo y es probable que crezca y se extienda de manera rápida. Si el cáncer es pequeño, pueden pasar algunos años antes de que se convierta en un problema potencialmente mortal. Para evitar problemas, puede requerirse el tratamiento ahora.
4+5 5+4 5+5	9 o 10	5	

Estadio tumoral

La siguiente característica que contribuye a determinar el grupo de riesgo general es el estadio tumoral. La estadificación es una manera de describir la gravedad del cáncer en el cuerpo y el grado de extensión. Conocer el estadio es importante para predecir el curso de la enfermedad y para preparar un plan de tratamiento.

El sistema TNM (tumor, ganglio y metástasis) se usa para clasificar el cáncer de próstata en estadios. En este sistema, las letras T, N y M (tumor, ganglio y metástasis) representan diferentes áreas del crecimiento del cáncer.

- **T (tumor):** describe el tamaño del tumor principal (primario) y si se extendió fuera de la próstata.
- **N (ganglio):** identifica si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos.
- **M (metástasis):** indica si el cáncer se ha extendido a partes distantes del cuerpo (hizo metástasis).

Sus médicos asignarán un número a cada letra, en función de los resultados de las pruebas. Por ejemplo, el número después de la T oscila entre 0 y 4 según el tamaño y el crecimiento del tumor. Cuanto más alto el número, más grande es el tumor o mayor es la extensión del cáncer.

Las puntuaciones de T, N y M se combinan para asignar un estadio al cáncer.

Por ejemplo, supongamos que a su cáncer de próstata se le asigna una puntuación TNM de **T2, N0, M0**. Esta puntuación significa que el tumor es lo suficientemente grande como para palparlo durante el examen de tacto rectal (T2). Pero los números de N y M son ceros porque el cáncer en estadio temprano no se ha extendido fuera de la glándula prostática hacia los ganglios linfáticos (N0) ni a partes distantes del cuerpo (M0).

También puede agregarse una letra después del estadio tumoral (T2a, por ejemplo) para dar más información en función del examen de tacto rectal o el análisis del tejido prostático. La letra representa la extensión del cáncer o su ubicación en la próstata.

Consulte la Guía 2.

La estadificación del cáncer suele realizarse dos veces. La primera vez, antes del tratamiento. La segunda, durante el tratamiento o después de este para ver cómo ha resultado.

Resultados de la biopsia

Los resultados de la punción con aguja gruesa también ayudan a determinar su grupo de riesgo general. Un dato es la cantidad de cilindros tisulares que contienen cáncer (por ejemplo, 5 de 12 en cada muestra). Con esta información, el anatomopatólogo puede estimar la cantidad de cáncer en toda la próstata. Los resultados de la biopsia también pueden indicar si el cáncer se concentra en una determinada sección (o secciones) de la próstata.

¿Cuál es su grupo de riesgo?

De acuerdo con los resultados de estas pruebas y cálculos —nivel de PSA, grupo de grado, estadio tumoral y resultados de la biopsia— se lo colocará en un grupo de riesgo inicial. **Consulte la Guía 3.**

Su grupo de riesgo ayuda a determinar qué opciones de tratamiento pueden ser las mejores para usted. Usar estas pruebas en conjunto para crear grupos de riesgo es más confiable que usar una prueba sola para elegir las opciones de tratamiento.

Pero los grupos de riesgo no son la única herramienta de evaluación del riesgo. También se utilizan la expectativa de vida, los nomogramas y los análisis de biomarcadores moleculares.

Expectativa de vida

La expectativa de vida es el promedio de vida de una persona. Se mide en años. Una estimación de su expectativa de vida es un factor clave para decidir qué estudios y tratamientos necesitará.

Es importante saber que la expectativa de vida, cuando se la utiliza para el tratamiento del cáncer, es un cálculo que se basa en una gran cantidad

de personas. Esto significa que la expectativa de vida se puede aplicar a una determinada población o rango de edad, pero no es tan sencillo hacer un cálculo preciso de la expectativa de vida de una persona en particular.

Entonces, ¿por qué calcular su expectativa de vida? En ocasiones, los pacientes de ciertos grupos de riesgo deben esperar hasta que aparezcan los síntomas antes de hacerse los estudios o comenzar el tratamiento. Es posible que no resulte

Guía 2

Características del tumor para el estadio T

T1: el tumor no se puede palpar en el examen de tacto rectal, pero la biopsia detectó células cancerosas.

T1a: se detectó el tumor de manera inesperada durante otro procedimiento. Solo una pequeña parte (cinco por ciento [5 %] o menos) del tejido extraído es canceroso.

T1b: se detectó el tumor de manera inesperada durante otro procedimiento. Más de una pequeña parte (más del cinco por ciento [5 %]) del tejido extraído es canceroso.

T1c: un nivel alto de PSA determina la necesidad de indicar una biopsia de próstata.

T2: el tumor se puede palpar durante el examen de tacto rectal. No se ha extendido por fuera de la próstata.

T2a: el cáncer se encuentra en la mitad o menos de la mitad de un lado de la próstata.

T2b: el cáncer se encuentra en más de la mitad de un lado de la próstata, pero no en ambos lados.

T2c: el cáncer se ha extendido a ambos lados de la próstata.

T3: el tumor se ha extendido fuera de la próstata a los tejidos cercanos, pero no más allá.

T3a: el cáncer se ha extendido fuera de la próstata, pero no hacia las vesículas seminales.

T3b: el cáncer se ha extendido fuera de la próstata y hacia las vesículas seminales.

T4: el tumor se ha extendido fuera de la próstata a los tejidos cercanos y también hacia otras zonas como la vejiga, el recto, los músculos pélvicos o la pared pélvica.

Guía 3

Características de su grupo de riesgo

Grupo de riesgo	Nivel de PSA	Grupo de grado	Estadio tumoral	Resultados de la biopsia
Riesgo muy bajo	Debe tener todas estas características:			
	Inferior a 10 ng/ml*	1	T1c	El cáncer se encuentra en 1 o 2 cilindros tisulares y no más de la mitad de los cilindros muestran cáncer
Riesgo bajo	Debe tener todas estas características:			
	Inferior a 10 ng/ml	1	T1 a T2a	El cáncer se encuentra en más de 3 cilindros tisulares, pero menos de la mitad de todos los cilindros muestran cáncer
Riesgo intermedio favorable	Debe tener todas estas características:			
	De 10 a 20 ng/ml	1 o 2	T2b o T2c	El cáncer se encuentra en menos de la mitad de todos los cilindros tisulares
Riesgo intermedio desfavorable	Debe tener al menos una de estas características:			
	De 10 a 20 ng/ml	3	T2b o T2c	El cáncer se encuentra en más de la mitad de todos los cilindros tisulares
Riesgo alto	Debe tener solo una de estas características:			
	Superior a 20 ng/ml	4 o 5	T3a	Más de la mitad de todos los cilindros tisulares muestran cáncer, pero menos de 4 cilindros son de grupo de grado 4 o 5
Riesgo muy alto	Debe tener al menos una de estas características:			
	Superior a 20 ng/ml	5**	T3b a T4	Más de 4 cilindros tisulares son de grupo de grado 4 o 5

* Con densidad del PSA inferior a 0,15

** En las células cancerosas que ocupan la mayor superficie en la muestra de la biopsia

beneficioso hacerse estudios adicionales o hacer un tratamiento si no tiene ningún síntoma o si tiene otras afecciones de salud que pongan en riesgo la vida.

Si no tiene ningún síntoma, tiene una esperanza de vida de 10 años o menos y su cáncer de próstata es de riesgo muy bajo, bajo o intermedio, suele recomendarse la observación. Esta es diferente del seguimiento activo, que suele involucrar biopsias y estudios de diagnóstico por imágenes de rutina.

Hablaremos más sobre la expectativa de vida y cómo afecta a las alternativas de tratamiento en el *Capítulo 5*.

Nomogramas

El nomograma predice su pronóstico, que es el curso que probablemente tomará su cáncer. Utiliza las matemáticas para compararlo a usted y a su cáncer de próstata con cientos o miles de otros pacientes que recibieron tratamiento por cáncer de próstata.

Para usar un nomograma, su médico introducirá información sobre usted y las características de su cáncer —su edad, su nivel de PSA, la puntuación de Gleason u otros detalles— y el nomograma calculará la probabilidad de un resultado determinado (como la extensión del cáncer).

Los grupos de riesgo y los nomogramas brindan información que es específica sobre usted, pero los nomogramas pueden dar estimaciones algo más precisas del riesgo de cáncer. Se utilizan ambos, junto con otras herramientas de evaluación del riesgo, para planificar el tratamiento.

Análisis de biomarcadores moleculares

Un biomarcador es algo que se encuentra en su cuerpo que se puede medir para evaluar su salud. Un tipo de biomarcador del cáncer es una molécula que libera el tumor.

Los análisis de biomarcadores moleculares usan muestras de sangre o tejido de la próstata o de los ganglios linfáticos extirpados durante la biopsia. Los resultados de estas y otras pruebas pueden ayudar a elegir un plan de tratamiento adecuado para usted.

Lo más importante es que los análisis de biomarcadores moleculares pueden ayudar a identificar a los pacientes con cáncer de próstata con menor riesgo que no necesitan tratamiento de inmediato. En estos casos, se puede evitar el tratamiento agresivo, así como sus complicaciones y efectos secundarios.

Los análisis de biomarcadores moleculares también se conocen como análisis moleculares del tumor, pruebas genómicas, pruebas somáticas o análisis del perfil molecular. Algunos de los análisis moleculares más frecuentes para el cáncer de próstata se llaman Decipher, Genomic Prostate Score y Prolaris.

Si su médico o asesor genético recomienda análisis moleculares, se sumarían a las pruebas habituales, como PSA, puntuación de Gleason, grupo de grado y estudios de diagnóstico por imágenes. Si tiene alguna pregunta sobre por qué se va a realizar una prueba o qué significa, consulte a su equipo de atención.

¿Cuál es el siguiente paso?

En este capítulo se explica cómo los profesionales de la salud calculan su riesgo de que el cáncer crezca y se extienda. Su nivel de riesgo determina las opciones de tratamiento que tiene a disposición. En muchos casos, el cáncer en estadio temprano crece de manera muy lenta y es posible que no se extienda (haga metástasis) a otras partes del cuerpo. Entonces, es posible que no necesite tratamiento de inmediato.

Sin embargo, es importante conocer todos los tipos de tratamientos disponibles, en caso de que los necesite. En el próximo capítulo, se describen cada una de las alternativas de tratamiento para el cáncer de próstata en estadio temprano. Después de ese capítulo, encontrará información sobre cuáles son los mejores tratamientos para usted según su nivel de riesgo.

Puntos clave

- La evaluación de riesgos identifica posibles problemas y, luego, considera qué sucedería si ocurrieran esos problemas.
- La evaluación de riesgos del cáncer de próstata en estadio temprano tiene en cuenta su grupo de riesgo, expectativa de vida, resultados del nomograma y posiblemente el perfil de biomarcadores moleculares.
- Los pacientes con menor riesgo suelen recibir un tratamiento mínimo o ningún tratamiento. Los pacientes con mayor riesgo suelen recibir un tratamiento más agresivo.
- La estadificación del cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo y su ubicación.
- La expectativa de vida es un cálculo de la cantidad de años que probablemente vivirá. Se basa en una gran cantidad de personas y no es una predicción exacta. Pero puede ayudar a elegir el mejor tratamiento para usted.
- El nomograma predice el progreso del cáncer (pronóstico).
- Una característica importante de los análisis moleculares (biomarcadores) del tumor es que puede identificar el cáncer de próstata con menor riesgo que no necesita tratamiento de inmediato.

4

Tratamientos para el cáncer de próstata

- 36 Seguimiento activo
- 37 Observación
- 37 Cirugía
- 41 Radioterapia
- 43 Hormonoterapia
- 45 Crioterapia
- 46 Ultrasonido focalizado de alta intensidad
- 46 Ensayos clínicos
- 48 Tratamiento complementario
- 49 Puntos clave

Hay más de un tratamiento para el cáncer de próstata. En este capítulo, se describen todas las opciones de tratamiento. Hable con su equipo de atención sobre qué tratamiento podría ser el mejor para usted.

El cáncer de próstata suele ser una enfermedad de crecimiento lento. También es una enfermedad compleja con muchas opciones de tratamiento. Los tratamientos habituales para el cáncer de próstata en estadio temprano incluyen intervención quirúrgica y radioterapia, que a veces se combinan con la hormonoterapia.

Por otra parte, es posible que su plan de tratamiento no incluya la terapia directa, sino el seguimiento activo o la observación.

Seguimiento activo

El seguimiento activo es un plan que sigue de cerca su enfermedad, con el tratamiento ya preparado en caso de que sea necesario.

Dado que un tumor pequeño puede crecer muy lentamente, es posible esperar para tratar el cáncer de próstata hasta que el tumor crezca. Durante este tiempo, se le realizarán estudios y biopsias de manera periódica para detectar cambios en el crecimiento del tumor.

Si bien su equipo de atención puede indicarle estudios con mayor o menor frecuencia, las pruebas periódicas durante el seguimiento activo pueden seguir un cronograma similar al siguiente:

- PSA una o dos veces al año
- Examen de tacto rectal una vez al año
- RM cada 1 o 2 años
- Biopsia de próstata cada 2 a 5 años

No recibirá ningún tratamiento del cáncer durante el seguimiento activo. Sin embargo, el tratamiento comenzará si su cáncer crece o se extiende.

¿Por qué esperar para recibir tratamiento? Principalmente porque las intervenciones quirúrgicas y otras formas de tratamiento tienen efectos secundarios. Si puede retrasar el tratamiento sin sufrir daños (o evitarlo por completo), también puede retrasar los efectos secundarios de este.

En general, el seguimiento activo es la estrategia preferida para pacientes con cáncer de próstata de menor riesgo y mayor expectativa de vida (10 años o más).

Para determinar si es un buen candidato para el seguimiento activo, es posible que necesite una RM de confirmación con o sin biopsia de próstata confirmatoria. Estas pruebas confirmatorias suelen realizarse en el plazo de un año desde el diagnóstico para observar si se produjeron cambios durante ese período.

Otros factores que se deben considerar para el seguimiento activo:

- Su expectativa de vida
- Su salud en general
- Características o cualidades únicas de su tumor
- Posibles efectos secundarios del tratamiento
- Sus deseos sobre el tratamiento

Una pregunta importante sobre el seguimiento activo: ¿Cuándo sabrá que debe pasar del seguimiento al tratamiento? Hay una serie de factores, pero el más común es que en una biopsia reciente del paciente se observa un grupo de grado más alto en comparación con la biopsia anterior.

Otros motivos para comenzar el tratamiento pueden incluir un aumento del tamaño del tumor o un nivel de PSA más alto.

Observación

La observación implica controlar su cáncer de próstata y vigilar los síntomas. (Puede que lo conozca como método de esperar y observar o espera vigilante). Si se presentan síntomas, el tratamiento suele centrarse en la paliación o el alivio de los síntomas en lugar de tratar de curar el cáncer.

Los cuidados paliativos tratan los síntomas del cáncer y los efectos secundarios del tratamiento oncológico. Esto permite que los pacientes mantengan una buena calidad de vida sin la carga de un tratamiento innecesario.

La observación suele aplicarse a pacientes con cáncer de próstata de mayor edad o frágiles que tienen un riesgo intermedio y una expectativa de vida más breve (de 5 a 10 años). También se recomienda para pacientes con cáncer de próstata de menor riesgo y una expectativa de vida corta (5 años o menos). Estos pacientes suelen tener una o más enfermedades o afecciones que son más graves que el cáncer de próstata.

La observación es diferente del seguimiento activo. La observación es una manera menos agresiva de controlar el cáncer de próstata. No requiere biopsias periódicas, solo una consulta para realizar un examen físico una o dos veces al año. En comparación, el seguimiento activo implica la

realización de pruebas frecuentes para determinar si el cáncer está progresando con el fin de tratarlo antes de que empeore.

Cirugía

La cirugía es un procedimiento para extirpar el cáncer del cuerpo. El tumor se extirpa junto con tejido prostático de aspecto normal alrededor del borde llamado margen quirúrgico.

- **Margen positivo** es cuando se encuentran células cancerosas a lo largo del borde del tejido que extirpa el cirujano.
- **Margen negativo** es cuando no se encuentran células cancerosas a lo largo del borde del tejido que extirpa el cirujano.

El margen negativo es un mejor resultado porque significa que se ha extirpado todo el tumor de esa zona. Por otro lado, un margen positivo no siempre significa que haya una recidiva.

La cirugía se puede utilizar como tratamiento principal (primario). O bien, puede ser solo una parte de un plan de tratamiento. El tipo de cirugía que reciba depende del tamaño y la ubicación del tumor. También depende de si se encuentra cáncer en los órganos o tejidos circundantes.

Prostatectomía radical

La prostatectomía significa extirpar la glándula prostática a través de una cirugía. La prostatectomía radical extirpa toda la próstata y también el tejido circundante, las vesículas seminales y, en ocasiones, los ganglios linfáticos cercanos. Por lo tanto, puede ser una manera muy eficaz de curar el cáncer de próstata.

Toma de decisiones compartida

Algunas personas con cáncer quieren que sus médicos y el equipo de atención les digan qué tratamiento necesitan. Los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud son los expertos, ¿verdad? Si bien es cierto que su equipo de atención tiene mucha experiencia y conocimiento, usted también es un experto: es el experto en usted mismo.

Es buena idea que su equipo comparta la responsabilidad de su tratamiento con usted. Y es buena idea que participe plenamente en la toma de decisiones sobre su atención.

Esto es lo que su equipo de atención debe compartir:

- Una explicación de los posibles beneficios y daños de cada opción de tratamiento.
- La probabilidad de cura, recidiva, progresión y posible mortalidad con cada opción de tratamiento.
- Los efectos secundarios de cada opción de tratamiento junto con su impacto en la calidad de vida, incluida la función sexual, urinaria e intestinal.

Esto es lo que usted debe ofrecerle a su equipo de atención:

- Sus preferencias y sentimientos sobre el tratamiento, los efectos secundarios, los riesgos y la calidad de vida. Estos aspectos deben ser partes claves de su plan de tratamiento.

Si el profesional que dirige su equipo de atención no habla con usted sobre la toma de decisiones compartida, no dude en hablar y preguntar al respecto.



La prostatectomía radical suele utilizarse en los siguientes casos:

- El tumor solo se encuentra en la próstata.
- El tumor se puede extirpar por completo con cirugía.
- Tiene una expectativa de vida de 10 años o más.
- No tiene otras enfermedades graves.

La prostatectomía radical es compleja y requiere mucha habilidad. Los cirujanos con experiencia en este tipo de cirugía suelen obtener mejores resultados.

Hay dos métodos quirúrgicos para la prostatectomía radical:

- Mediante la **cirugía abierta**, se extrae la próstata a través de un único corte o incisión grande. Esta incisión es lo suficientemente larga como para permitirle a su médico ver y acceder directamente al tumor para extirparlo.
- En la **cirugía mínimamente invasiva**, se realizan varias incisiones u orificios pequeños en lugar de un corte grande. El cirujano introduce instrumentos pequeños a través de cada incisión para realizar la cirugía. En la mayoría de los centros, el cirujano utiliza un robot para guiar los instrumentos con mayor precisión.

La cirugía mínimamente invasiva se ha vuelto más frecuente que la cirugía abierta. Los pacientes que se someten a una cirugía mínimamente invasiva pueden tener internaciones más breves, menos pérdida de sangre, menos complicaciones quirúrgicas o una recuperación más rápida. Los principales efectos secundarios de la prostatectomía radical mínimamente invasiva —incontinencia y disfunción eréctil— se presentan casi con la misma frecuencia que con la cirugía abierta.

Efectos secundarios de la cirugía

La prostatectomía radical suele causar dos efectos secundarios:

Incontinencia urinaria. Después de una prostatectomía radical, la mayoría de las personas pierden temporalmente el control al orinar. Esto se denomina incontinencia urinaria y puede ser un problema importante.

Justo después del procedimiento, se introduce un catéter por la uretra para que pueda vaciar la vejiga y para que cicatrice la uretra. El catéter permanecerá colocado durante 1 o 2 semanas después de la cirugía. Se le indicará cómo cuidarlo mientras está en su casa. Si el catéter se extrae demasiado pronto, puede perder el control de la vejiga o la capacidad de orinar debido al tejido cicatricial.

Después de retirar el catéter, es posible que necesite usar toallas absorbentes o ropa interior para la incontinencia durante varias semanas o meses. También puede hacer ejercicios para fortalecer el músculo del suelo pélvico. (Si aún no lo han operado, considere la posibilidad de empezar a hacer ejercicios del suelo pélvico antes para reducir la incontinencia urinaria posteriormente). Además, ciertos medicamentos recetados pueden reducir la necesidad de orinar con tanta frecuencia.

La mayoría de los pacientes recuperan gradualmente el control de su vejiga en el plazo de un año, aunque muchos continúan utilizando toallas para los escapes menores. Si la incontinencia sigue siendo un problema importante, puede someterse a una intervención quirúrgica para controlar la micción.

Disfunción eréctil. La disfunción eréctil se refiere a tener dificultades para lograr una erección del pene o no poder hacerlo. Es un problema habitual después de la cirugía de próstata, pero suele mejorar con el tiempo (aunque no siempre).

Existe un mayor riesgo de disfunción eréctil en los siguientes casos:

- Es una persona mayor.
- Tenía problemas de erección antes de la cirugía.
- Los nervios cavernosos se dañan o se extirpan durante la cirugía.

Los nervios cavernosos controlan la capacidad de tener erecciones. Estos nervios se ubican a lo largo de la próstata. Los cirujanos hacen todo lo posible para evitar dañar estos nervios cuando realizan la

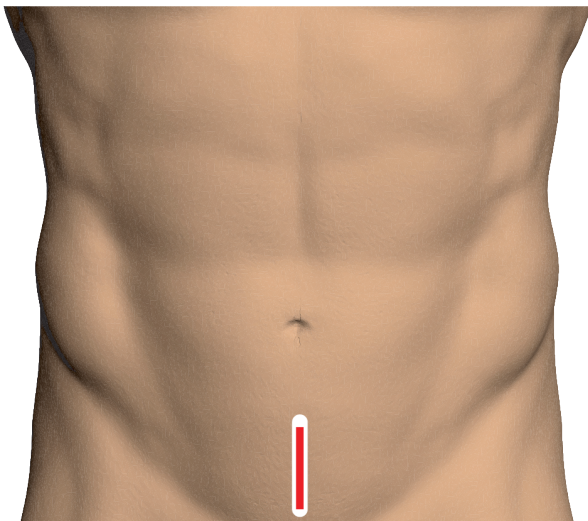
prostatectomía, pero a veces es inevitable hacerlo durante la intervención quirúrgica.

La extirpación de la próstata y las vesículas seminales hará que tenga orgasmos secos. Esto significa que no habrá semen y esto le impedirá tener hijos. Si está pensando en tener hijos, puede que le interese recurrir a un banco de espermatozoides antes de la intervención.

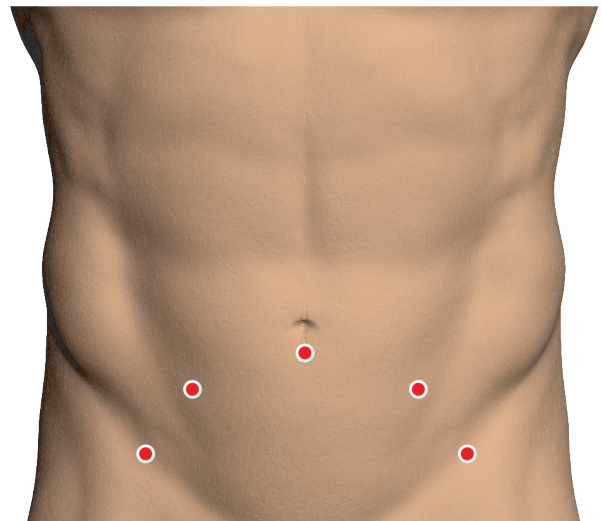
Puede tardar varios meses o hasta dos años en recuperar la función eréctil que tenía antes de la prostatectomía. Sin embargo, es posible que no recupere nunca la misma función eréctil o deseo sexual que solía tener. Las opciones de tratamiento para la disfunción eréctil incluyen comprimidos (como Viagra y Cialis), inyecciones de medicamentos en el pene, dispositivos de constricción de vacío (“bombas penianas”) e implantes quirúrgicos para producir una erección.

Comparación entre la prostatectomía abierta y la mínimamente invasiva

La prostatectomía es una operación en la que se extirpa toda la próstata. Mediante la cirugía abierta, se extrae la próstata a través de un único corte o incisión grande. En la cirugía mínimamente invasiva, se realizan varias incisiones u orificios pequeños en lugar de un corte grande.



Abierta



Mínimamente invasiva

Además, es habitual tener problemas psicológicos y de relación con la disfunción eréctil. Es una de las principales causas de depresión en pacientes con cáncer de próstata. Esto sucede con frecuencia y no hay nada de qué avergonzarse.

Pregunte a su médico o a otra persona de su equipo de atención sobre terapia o asistencia psicológica si tiene problemas debido a la disfunción eréctil o síntomas de depresión. Aunque puede resultar incómodo hablar de estos problemas, tenga en cuenta que estos efectos secundarios son frecuentes y la ayuda es fácil de conseguir.

Radioterapia

La radioterapia utiliza radiación de alta energía, como rayos X o rayos gamma, para destruir las células cancerosas y reducir los tumores. La radioterapia se administra en dosis periódicas durante un período específico.

Se puede usar para tratar el cáncer en lugar de la cirugía. A veces, se indica radioterapia después de la cirugía para prevenir la reaparición del cáncer. Además, si el nivel de PSA comienza a aumentar después de la cirugía, se podría recomendar radioterapia para tratar de eliminar las células cancerosas que podrían haber quedado. Una ventaja de la radioterapia es que es menos invasiva que la cirugía.

Hay dos tipos principales de radioterapia para el cáncer de próstata: radiación desde el exterior del cuerpo (radioterapia de haz externo) y radiación desde el interior del cuerpo (braquiterapia).

RTHE

La radioterapia de haz externo (RTHE) utiliza una máquina grande que dirige la radiación hacia la zona dentro del cuerpo donde se encuentra el cáncer. La radiación se enfoca directamente sobre el cáncer (y en las zonas circundantes a donde puede haberse extendido), mientras se trata de evitar el tejido sano. Esta técnica administra dosis más altas de radiación de forma más segura que la radioterapia del pasado.

No se volverá radiactivo ni transmitirá la radiación a sus seres queridos con este tratamiento.

Se utilizan dos formas de RTHE para tratar el cáncer de próstata. La **radioterapia de fotones** administra rayos X de alta energía para destruir las células cancerosas y evitar que se sigan extendiendo. Se utiliza en la mayoría de los tratamientos porque está disponible en más centros. La **radioterapia con haz de protones** utiliza corrientes de partículas cargadas eléctricamente llamadas protones para dirigirse a las células tumorales con precisión. Ambas son muy buenas para tratar el cáncer de próstata y tienen riesgos similares con respecto a los efectos secundarios.

Ambas formas de RTHE requieren de una cuidadosa planificación. Una semana o varias semanas antes de comenzar el tratamiento, se le hará una simulación de la radioterapia. No recibirá ningún tratamiento real durante la simulación. Se recostará en la camilla y se colocará en la mejor posición para recibir la radioterapia.

Como tendrá que permanecer inmóvil durante el tratamiento, es posible que se coloquen dispositivos de posicionamiento para ayudarlo a no moverse. Además, le harán estudios de diagnóstico por imágenes para determinar la ubicación del tumor dentro de su cuerpo. Esto permite que su equipo de atención calcule la cantidad correcta de radiación que se administrará en el lugar preciso.

Durante el tratamiento propiamente dicho, la máquina gira alrededor de la camilla para administrar la radiación desde varios ángulos diferentes. No sentirá la radiación durante la administración. La sesión de tratamiento puede tardar una hora como máximo, pero el tiempo real de administración tardará solo unos pocos minutos. Los tratamientos suelen administrarse todos los días durante varios días o semanas.

Algunos tratamientos requieren técnicas especializadas de planificación y administración de la radiación. En ciertos casos, puede utilizarse radioterapia estereotáctica corporal (SBRT). La SBRT utiliza un enfoque preciso guiado por imágenes para administrar dosis más elevadas de radiación en menor cantidad de días.

Braquiterapia

La braquiterapia es una forma de radioterapia interna. En este tratamiento, la radiación se administra dentro del cuerpo colocando un objeto radiactivo dentro del tumor o al lado de este. Esto

puede ser invasivo y suele hacerse como un procedimiento quirúrgico.

La braquiterapia se puede usar sola o combinada con RTHE, hormonoterapia o ambas. Por lo general, los pacientes con cáncer de riesgo alto no se consideran para la braquiterapia sola. Es posible que escuche que la llamen braqui de manera abreviada.

La **braquiterapia de dosis alta** incluye un procedimiento en el que se introducen entre 10 y 20 tubos estrechos en la próstata a través del perineo. Luego se introducen cables delgados con puntas radiactivas a través de los tubos y se dejan dentro de la próstata durante varios minutos. Durante este período, las puntas administran dosis altas de radiación a la próstata. A continuación, se retraen los cables y se retiran las agujas, sin dejar ningún material radiactivo.

La **braquiterapia de dosis baja** se administra mediante docenas de pequeñas “semillas” metálicas que se implantan de manera permanente en la próstata. Las semillas liberan gradualmente una dosis baja y continua de radiación durante varios meses.

Radioterapia de haz externo

La radioterapia de haz externo (RTHE) utiliza una máquina que dirige la radiación hacia la zona dentro del cuerpo donde se encuentra el cáncer. El haz de radiación se enfoca en el cáncer mientras evita tocar el tejido sano. Esto permite administrar una dosis de radiación más segura y más alta, en ocasiones con menor cantidad de aplicaciones.



Efectos secundarios de la radioterapia

Los efectos secundarios que se producen durante el tratamiento o después de este, llamados efectos secundarios agudos, son más habituales, pero suelen ser temporales. Los efectos secundarios que aparecen meses o años después, llamados efectos secundarios tardíos, son menos frecuentes.

Algunos de los efectos secundarios de la radioterapia son problemas urinarios e intestinales, disfunción eréctil y fatiga.

Problemas urinarios e intestinales. Los problemas urinarios incluyen tener que orinar más seguido, tener ganas de orinar de manera repentina, sensación de ardor al orinar y, en ocasiones, sangre en la orina. Los problemas intestinales pueden incluir diarrea, defecar con frecuencia, incapacidad de retención y, en raras ocasiones, sangrado por el recto. Los problemas urinarios e intestinales generalmente disminuyen o desaparecen después de varias semanas en la mayoría de las personas, pero pueden durar más tiempo en otras.

Disfunción eréctil. La radioterapia puede dañar los nervios que controlan las erecciones. La disfunción eréctil no ocurre inmediatamente después de la radiación. Por lo general, se presenta gradualmente, comienza y, luego, empeora entre uno y tres años después del tratamiento. (Consulte más información en “Disfunción eréctil” en la sección anterior *Efectos secundarios de la cirugía*, página 40.) Es más probable que tenga este efecto secundario si recibe hormonoterapia además de la radioterapia.

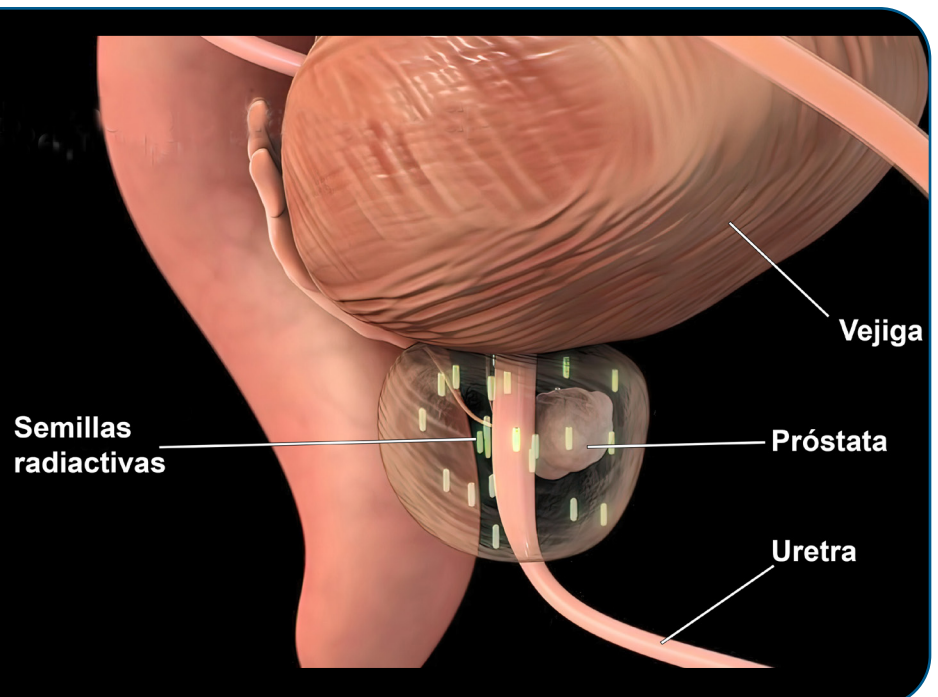
Fatiga. Sentirse muy cansado durante algunas semanas o incluso meses después de la radioterapia también es algo frecuente. Sin embargo, el ejercicio y la actividad física habituales pueden ayudar a aliviar la fatiga.

Hormonoterapia

La hormonoterapia no suele utilizarse sola para tratar el cáncer de próstata en estadio temprano. Cuando se utiliza hormonoterapia (generalmente para pacientes de mayor riesgo),

Braquiterapia

La braquiterapia de dosis baja utiliza pequeñas “semillas” metálicas radioactivas que se implantan en la próstata. Cada semilla tiene el tamaño de un grano de arroz. Se las deja en la próstata de forma permanente y proporcionan una dosis baja de radiación de forma continua durante varios meses. Esta estrategia de tratamiento preserva el tejido sano circundante de la radiación innecesaria.



suele administrarse junto con la radioterapia, lo que aumenta la efectividad de la radiación. La hormonoterapia se puede administrar antes, durante o después de la radioterapia.

Es un tratamiento que agrega, bloquea o elimina hormonas. Las hormonas son sustancias químicas naturales producidas por una glándula del cuerpo. Su función es activar células u órganos.

Las hormonas masculinas se llaman andrógenos. El andrógeno principal es la testosterona. La mayor parte de la testosterona del cuerpo es producida por los testículos. La testosterona ayuda a producir espermatozoides, entre otras funciones. Pero la testosterona también ayuda a que crezca el cáncer de próstata. Un tipo de hormonoterapia llamada tratamiento de supresión androgénica (TSA) impide que el cuerpo produzca testosterona o bloquea el uso de testosterona por parte de las células cancerosas. Esto puede reducir el tamaño del tumor o enlentecer su crecimiento durante un tiempo.

Es posible que escuche el término “castración” cuando se describe el cáncer de próstata o su tratamiento. Este término describe una reducción drástica de la testosterona. La castración puede ser un tratamiento farmacológico reversible a corto plazo o puede ser la extirpación quirúrgica permanente de uno o ambos testículos (orquiectomía). Aunque la orquiectomía es un procedimiento quirúrgico, se sigue considerando hormonoterapia porque elimina la fuente principal de testosterona: los testículos. A diferencia de la hormonoterapia farmacológica, la orquiectomía no se puede revertir.

La extirpación quirúrgica de los testículos es mucho menos frecuente hoy en día porque el tratamiento farmacológico suele ser igual de efectivo para bloquear la testosterona. La orquiectomía ahora se emplea para el cáncer de próstata avanzado metastásico.

Las hormonoterapias para el cáncer de próstata incluyen agonistas de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH) y antagonistas de la LHRH, que hacen que los testículos dejen de producir testosterona. La mayoría de los agonistas y antagonistas de la LHRH son inyecciones que pueden administrarse mensualmente o 2, 3 o 4 veces al año. Los antiandrógenos, corticosteroides e inhibidores de la síntesis de andrógenos vienen en comprimidos y se toman de 1 a 3 veces al día, según el medicamento. **Consulte la Guía 4.**

Efectos secundarios de la hormonoterapia

La hormonoterapia tiene efectos secundarios importantes. Muchos factores afectan el riesgo de padecer efectos secundarios, entre otros, su edad, su salud antes del tratamiento, la duración o la frecuencia con la que recibe el tratamiento, etc.

En general, cuanto más tiempo reciba hormonoterapia, mayor será el riesgo de adelgazamiento y debilitamiento de los huesos (osteoporosis), fracturas óseas, aumento de peso, pérdida de masa muscular, diabetes y enfermedades cardíacas. Es posible que deba realizarse una densitometría ósea (DEXA) para comprobar su densidad ósea antes de comenzar la hormonoterapia.

Otros efectos secundarios de la hormonoterapia incluyen cansancio (fatiga), cambios de humor, aumento de peso y crecimiento y sensibilidad de las mamas.

La hormonoterapia aumenta el riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares. Si ya tiene alguna de estas enfermedades, la hormonoterapia puede causar su agravamiento. La hormonoterapia puede aumentar el riesgo de muerte por problemas cardíacos, particularmente en pacientes de raza negra.

Además, los efectos secundarios sexuales de la hormonoterapia son una causa importante de estrés. La hormonoterapia puede disminuir el deseo sexual, causar disfunción eréctil y reducir el tamaño del pene y los testículos. Los medicamentos para la disfunción eréctil (como Viagra y Cialis) no suelen ser eficaces para las personas que reciben hormonoterapia, pero hay otros medicamentos inyectables que pueden ser útiles. Estos medicamentos no mejoran la pérdida del deseo sexual causado por los menores niveles de andrógenos.

Puede llevar un año o más en recuperar su nivel de testosterona y deseo sexual. Muchos pacientes nunca recuperan completamente los mismos niveles de testosterona y libido que tenían antes de la hormonoterapia.

Hable con su equipo de atención sobre cómo controlar los efectos secundarios de la hormonoterapia. Hay formas de disminuir o aliviar la mayoría de estos problemas. Los huesos se

pueden fortalecer con medicamentos y también con actividad física. Hacer ejercicio y alimentarse de manera saludable también pueden ayudar con la fatiga y el aumento de peso.

La pérdida del deseo sexual, la disfunción eréctil y otros efectos secundarios sexuales generalmente desaparecen después de suspender la hormonoterapia. Mientras tanto, considere hablar con su pareja o un terapeuta para que lo ayude a afrontar los problemas que tenga.

Crioterapia

La crioterapia, también conocida como criocirugía o crioablación, destruye las células cancerosas al congelarlas.

Para este tratamiento, se introducen agujas huecas largas a través del perineo (el área entre el escroto y el ano) y en la próstata. Se envía gas frío a través de las agujas para destruir el tejido

Guía 4

Medicamentos de hormonoterapia para el cáncer de próstata en estadio temprano

Agonistas de la LHRH	Eligard (leuprolida), Lupron Depot (leuprolida), Trelstar (triptorelina), Zoladex (goserelina)
Antagonistas de la LHRH	Firmagon (degarelix), Orgovyx (relugolix)
Antiandrógenos	Casodex (bicalutamida), Eulexin (flutamida), Nilandron (nilutamida)
Corticosteroides*	metilprednisolona, prednisona
Inhibidores de la síntesis de andrógenos*	Zytiga (abiraterona)

* Solo para pacientes con cáncer de próstata de muy alto riesgo

canceroso o toda la próstata. La crioterapia afecta solo a la próstata y no daña la zona circundante. Se le administrará anestesia para aliviar el dolor que pueda tener durante el procedimiento.

La crioterapia no es un tratamiento habitual para el cáncer de próstata recién diagnosticado. Se utiliza principalmente como tratamiento secundario para personas con cáncer de próstata en estadio temprano cuyo cáncer reaparece después de la radioterapia. Los efectos secundarios de la crioterapia pueden incluir dolor, disfunción eréctil e incontinencia urinaria.

Ultrasonido focalizado de alta intensidad

Al igual que la crioterapia, el ultrasonido focalizado de alta intensidad no es un tratamiento habitual para el cáncer de próstata recién diagnosticado. Se utiliza principalmente para personas con cáncer de próstata en estadio temprano que reaparece después de la radioterapia.

El ultrasonido focalizado de alta intensidad, o HIFU, destruye el tejido prostático con el calor generado por ondas de ultrasonido de alta energía. Para este procedimiento, se introduce una sonda de ultrasonido en el recto. La sonda concentra la energía del sonido de alta frecuencia en la próstata y no afecta al tejido circundante. La energía se convierte en calor intenso, que vaporiza una porción de tejido a la vez hasta que se destruye todo el tumor.

Los efectos secundarios del HIFU suelen ser temporales e incluyen necesidad imperiosa de orinar o hacerlo con más frecuencia, o tener un chorro de orina débil o más lento. También es posible presentar incontinencia urinaria y disfunción eréctil.

Ensayos clínicos

El tratamiento también puede administrarse como parte de un ensayo clínico. Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de combatir el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas. Si en un ensayo clínico se determina que un fármaco, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento que existen para tratar su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos estándares y los ensayos clínicos.

Converse con su médico para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.

Fases

La mayoría de los ensayos clínicos del cáncer se centran en el tratamiento. Los ensayos de un tratamiento se realizan en fases.

- Los ensayos de **fase 1** estudian la dosis, la seguridad y los efectos secundarios de un medicamento en investigación o un método de tratamiento. También buscan indicios tempranos de que el medicamento o el método es útil.
- Los ensayos de **fase 2** evalúan el grado en que un medicamento o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- Los ensayos de **fase 3** prueban el medicamento o el método en comparación con el tratamiento estándar. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- Los ensayos de **fase 4** estudian la seguridad y el beneficio a largo plazo de un tratamiento aprobado por la FDA.

¿Quién puede inscribirse?

Cada ensayo clínico tiene reglas para participar, llamadas criterios de elegibilidad. Las reglas pueden referirse a la edad, el tipo y la etapa del cáncer, los antecedentes de tratamiento o la salud general. Estos requisitos garantizan que los participantes se parezcan en determinados aspectos con el fin de comparar cómo responde su enfermedad a un tratamiento específico.

Consentimiento informado

Los ensayos clínicos están a cargo de un grupo de expertos llamado equipo de investigación. El equipo de investigación revisará el estudio con usted en detalle, incluidos el propósito, y los riesgos y beneficios de participar. Toda esta información también se proporciona en un formulario de consentimiento informado. Este es un acuerdo que confirma que se le ha informado plenamente sobre su papel en el ensayo. Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para conversar con familiares, amigos u otras personas de su confianza. Tenga en cuenta que puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera del ensayo clínico en cualquier momento.

Inicie la conversación

No espere a que su médico saque el tema de los ensayos clínicos. Inicie la conversación y conozca todas las opciones de tratamiento. Si encuentra un estudio para el que cree poder reunir los requisitos necesarios para participar, pregúntele a su equipo de atención si cumple con dichos requisitos. Si ya ha comenzado el tratamiento estándar, es posible que no cumpla con los requisitos para participar en determinados ensayos clínicos. Trate de no desanimarse si no puede participar. Siempre surgen ensayos clínicos nuevos.



Sin ensayos clínicos, nuestro tratamiento no cambiaría. Sería siempre el mismo. Algunos se refieren a los ensayos clínicos como una forma de recibir hoy el mejor tratamiento de mañana”.

Preguntas frecuentes

Hay muchos mitos y conceptos erróneos en torno a los ensayos clínicos. Muchos de quienes padecen cáncer no entienden muy bien los posibles beneficios y riesgos.

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es frecuente recibir un placebo con el tratamiento estándar o un medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

No tiene que pagar nada para inscribirse en un ensayo clínico. El patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el medicamento del estudio. Sin embargo, es posible que tenga costos relacionados indirectamente con el ensayo, como los gastos de transporte o los servicios de cuidado infantil debido a consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tipo de atención se factura a su seguro y a menudo está cubierta por este. Usted es responsable de los copagos y de los costos de este tipo de atención que no estén cubiertos por el seguro.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario tiene como objetivo mejorar su calidad de vida. El tratamiento complementario (a veces llamado cuidados paliativos) es atención médica que alivia los síntomas causados por el cáncer y los efectos secundarios producidos por su tratamiento.

El tratamiento complementario responde a muchas necesidades: aliviar los síntomas, prevenir o atenuar los efectos secundarios del tratamiento, dar asesoramiento sobre alimentación y nutrición, y brindar apoyo emocional o espiritual, ayuda económica o asesoramiento familiar. El tratamiento complementario también puede ayudar a tomar decisiones sobre el tratamiento.

El tratamiento complementario es importante en cualquier estadio del cáncer, no solo al final de la vida. De hecho, las personas que reciben tratamiento complementario cuando comienzan la terapia suelen tener mejores resultados y mejor calidad de vida.

El tratamiento complementario afecta a todos los aspectos de la persona, no solo a su cáncer. Si tiene algún problema que interfiere en su tratamiento o afecta su calidad de vida, pregunte por los recursos de tratamientos complementarios disponibles para ayudarlo.

Grupos de apoyo

Muchas personas con diagnóstico de cáncer consideran útiles los grupos de apoyo. Los grupos de apoyo suelen incluir a personas en diferentes etapas del tratamiento. Algunas pueden estar recién diagnosticadas, mientras que otras pueden haber terminado el tratamiento. Si no hay grupos de apoyo para personas con cáncer de próstata en su hospital o en su comunidad, consulte los sitios web que aparecen en la página 80 de este libro.



Buscar un ensayo clínico

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN

[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)

El Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, NCI)

[cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search](https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search)

En el mundo

La Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (National Library of Medicine, NLM)

[clinicaltrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov)

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer (Cancer Information Service, CIS) del NCI

1.800.4.CANCER (1.800.422.6237)

[cancer.gov/contact](https://www.cancer.gov/contact)

Puntos clave

- El seguimiento activo es la estrategia preferida para la mayoría de los pacientes con cáncer de próstata de menor riesgo y mayor expectativa de vida.
- Mediante la cirugía, se extirpa el tumor junto con tejido de aspecto normal alrededor del borde llamado margen quirúrgico. El objetivo de la cirugía es que no queden células cancerosas en el margen quirúrgico.
- La prostatectomía radical extirpa toda la próstata, el tejido circundante, las vesículas seminales y, en ocasiones, los ganglios linfáticos cercanos de la zona pélvica.
- La radioterapia puede eliminar las células cancerosas y evitar que se formen células nuevas.
- La hormonoterapia trata el cáncer de próstata ya sea para detener la producción de testosterona o para bloquear el uso de testosterona por parte de las células cancerosas. A veces se utiliza en combinación con la radioterapia para el cáncer de próstata en estadio temprano.
- La castración describe una reducción drástica de la testosterona. Puede realizarse con cirugía o con medicamentos.
- El tratamiento complementario es importante en cualquier estadio del cáncer, no solo al final de la vida.



Cuando tenga que decidir sobre sus opciones de tratamiento, recuerde que aunque algunas decisiones deban tomarse con rapidez, no es conveniente apresurarse. Piense detenidamente en sus opciones y obtenga segundas o incluso terceras opiniones. Cuente con personas de confianza para hablar sobre sus opciones para que se sienta cómodo con las decisiones que toma”.

5

Tratamiento inicial para su grupo de riesgo

- 51 Riesgo muy bajo
- 53 Riesgo bajo
- 55 Riesgo intermedio
- 55 Riesgo intermedio favorable
- 57 Riesgo intermedio desfavorable
- 59 Riesgo alto o muy alto
- 62 Después del tratamiento
- 63 Puntos clave

Le hicieron muchos estudios para evaluar su riesgo de cáncer de próstata. Su equipo de atención y usted ahora usarán su evaluación de riesgos para decidir sus opciones de tratamiento inicial.

¿Su médico o equipo de atención le ha dicho a qué grupo de riesgo pertenece?

Si conoce su grupo de riesgo, búsquelo en las siguientes páginas para obtener información sobre sus opciones de tratamiento inicial.

Riesgo muy bajo

Los pacientes incluidos en el grupo de riesgo muy bajo tienen **todas** las siguientes características:

- Tumor de estadio T1c
- Grupo de grado 1
- PSA inferior a 10 ng/ml
- Cáncer en 1 a 2 cilindros tisulares, pero no más de la mitad de cada cilindro indica cáncer
- Densidad del PSA inferior a 0,15 ng/ml

Los expertos de la NCCN están preocupados por el tratamiento excesivo de este cáncer de próstata en estadio temprano. Un resultado del tratamiento excesivo es que puede causar más problemas que la enfermedad misma. Para muchos pacientes, especialmente para quienes tienen cáncer de próstata de menor riesgo, el seguimiento activo o la observación pueden ser mejores opciones que el tratamiento directo. A continuación, se describen las opciones de tratamiento basadas en la expectativa de vida. Consulte también la **Guía 5**.

Guía 5

Grupo de riesgo muy bajo: opciones de tratamiento inicial

Expectativa de vida	Tratamiento inicial
10 años o más	Seguimiento activo
Menos de 10 años	Observación

Expectativa de vida: 10 años o más

Si tiene cáncer de próstata de riesgo muy bajo y su expectativa de vida es de 10 años o más, existen las siguientes opciones:

Seguimiento activo

El seguimiento activo es la opción preferida si su cáncer de próstata es de crecimiento lento y su expectativa de vida es de 10 años o más. Los estudios durante el seguimiento activo incluyen análisis del antígeno prostático específico (PSA), examen de tacto rectal, RM y biopsias. Estos estudios se realizan de forma periódica, de modo que se pueda iniciar el tratamiento cuando sea necesario. **Consulte la Guía 6.**

Para determinar si es un buen candidato para el seguimiento activo, es posible que necesite una RM de confirmación (si no se la han hecho ya) con o sin biopsia de próstata confirmatoria. Todos los pacientes deben hacerse una biopsia de próstata confirmatoria uno o dos años después de la biopsia inicial.

Expectativa de vida: Menos de 10 años

Si su cáncer de próstata es de riesgo muy bajo y su expectativa de vida es inferior a 10 años, se recomienda la observación.

Observación

Esta opción es para quienes tienen otros problemas de salud más graves y cuyo cáncer de próstata no causa ningún síntoma. La observación implica el análisis de PSA ocasionales y observación de los síntomas que se pueden tratar con terapia paliativa.

Guía 6

Estudios durante el seguimiento activo

Estudio	Frecuencia
Análisis de PSA	Una o dos veces al año o cuando sea necesario
Examen de tacto rectal	Una vez al año o cuando sea necesario
Repetir la RM	Cada 1 o 2 años o cuando sea necesario
Repetir la biopsia de próstata	Cada 2 o 5 años o cuando sea necesario

Riesgo bajo

El grupo de riesgo bajo incluye pacientes que presentan todas las siguientes características:

- Tumor de estadio T1 a T2a
- Grupo de grado 1
- PSA inferior a 10 ng/ml
- El cáncer se encuentra en más de 3 cilindros tisulares, pero menos de la mitad de todos los cilindros muestran cáncer

Las opciones de tratamiento se basan en la expectativa de vida. A continuación, se describen las opciones de tratamiento inicial para la enfermedad de riesgo bajo y se muestran en la **Guía 7** de la página siguiente.

Expectativa de vida: 10 años o más

Si su cáncer de próstata es de riesgo bajo y su expectativa de vida es de 10 años o más, las opciones de tratamiento inicial son las siguientes:

Seguimiento activo

El seguimiento activo es la opción preferida si tiene una enfermedad de crecimiento lento y tiene una mayor expectativa de vida. **Consulte la Guía 6.**

Para determinar si es un buen candidato para el seguimiento activo, es posible que necesite una RM de confirmación (si no se la han hecho ya) con o sin biopsia de próstata confirmatoria o análisis de biomarcadores moleculares. Todos los pacientes deben hacerse una biopsia de próstata confirmatoria uno o dos años después de la biopsia inicial.

Radioterapia

Si tiene una esperanza de vida de más de 10 años, puede decidirse por recibir tratamiento ahora en lugar del seguimiento activo. Los tipos de cáncer de riesgo bajo se pueden tratar con radioterapia, ya sea radioterapia de haz externo (RTHE) o braquiterapia.

Cirugía de próstata

La cirugía de próstata (prostatectomía radical) extirpa toda la próstata. No es una opción de tratamiento habitual para las personas con cáncer de próstata de riesgo bajo.

En determinados casos cuando se elige la cirugía de próstata para un paciente con cáncer de próstata de riesgo bajo, el anatomopatólogo busca signos de enfermedad llamados características adversas (o de alto riesgo). **Consulte la Guía 8** en la página siguiente. Si su cáncer de próstata presenta características adversas después de la intervención quirúrgica, se lo controlará o quizás reciba tratamiento adicional para evitar que reaparezca. Si los resultados de los estudios no muestran características adversas, se lo puede controlar por si reaparece el cáncer.

Expectativa de vida: Menos de 10 años

Si su cáncer de próstata es de riesgo bajo y su expectativa de vida es inferior a 10 años, se recomienda la observación.

Observación

La observación es para quienes que tienen otros problemas de salud más graves y cuyo cáncer de próstata no causa ningún síntoma. La observación implica el análisis de PSA ocasionales y observación de los síntomas que se pueden tratar con terapia paliativa.

Guía 7

Grupo de riesgo bajo: opciones de tratamiento inicial

Expectativa de vida	Tratamiento inicial	Tratamiento adicional
10 años o más	Seguimiento activo (opción preferida)	
	Radioterapia (RTHE o braquiterapia)	
	Cirugía de próstata	→ Control de la recidiva del cáncer Si es necesario,* el tratamiento adicional puede incluir RTHE u hormonoterapia
Menos de 10 años	Observación	

* Consulte las características adversas en la Guía 8

Guía 8

Características adversas

Si los estudios indican que tiene alguna de estas características de alto riesgo después de la cirugía de próstata, es posible que necesite tratamiento adicional:

- Hay cáncer en el tejido de aspecto normal extirpado con el tumor (margen quirúrgico)
- Hay cáncer fuera de la capa que rodea la próstata.
- Hay cáncer en las vesículas seminales.
- Hay cáncer en los ganglios linfáticos
- Hay un nivel detectable de PSA

Riesgo intermedio

En el grupo de riesgo intermedio se encuentran las personas que no presentan las características del grupo de riesgo alto o muy alto y **uno o más** de los siguientes factores de riesgo intermedio:

- Tumor de estadio T2b o T2c
- Grupo de grado 2 o 3
- PSA de 10 a 20 ng/ml

El grupo de riesgo intermedio también se divide en subgrupos de riesgo favorable o desfavorable. El tratamiento depende de si su cáncer de próstata es de riesgo **intermedio favorable** o de riesgo **intermedio desfavorable**:

Los expertos de la NCCN están preocupados por el tratamiento excesivo de este cáncer de próstata en estadio temprano. En determinados casos, el tratamiento excesivo puede causar más problemas que el cáncer propiamente dicho.



Riesgo intermedio favorable

En el subgrupo de riesgo intermedio favorable se encuentran las personas que presentan **todas** las siguientes características:

- Un factor de riesgo intermedio
- Grupo de grado 1 o 2
- Menos de la mitad de los cilindros tisulares muestran cáncer

Las opciones de tratamiento se basan en la expectativa de vida. **Consulte la Guía 9** en la página siguiente.

Expectativa de vida: 10 años o más

Si tiene cáncer de próstata de riesgo intermedio favorable y su expectativa de vida es de 10 años o más, las opciones de tratamiento inicial son las siguientes:

Seguimiento activo

El seguimiento activo consiste en realizar estudios de forma periódica, de modo que se pueda iniciar el tratamiento cuando sea necesario. En el caso de una enfermedad de riesgo intermedio favorable, se lo debe controlar de cerca para detectar cualquier cambio. **Consulte la Guía 6.**

Para determinar si es un buen candidato para el seguimiento activo, es posible que necesite una RM de confirmación (si no se la han hecho ya) con o sin biopsia de próstata confirmatoria o análisis de biomarcadores moleculares.

Los pacientes del grupo de riesgo intermedio favorable que tienen cáncer con un bajo porcentaje de patrón de Gleason 4, tumor de bajo volumen, baja densidad de PSA y/o riesgo genómico bajo (de acuerdo con el análisis molecular del tumor) son candidatos particularmente buenos para el seguimiento activo.

Radioterapia

La radioterapia es una opción de tratamiento para algunos pacientes con riesgo intermedio favorable. Las radioterapias incluyen RTHE o braquiterapia.

Cirugía de próstata

Si tiene una expectativa de vida de 10 años o más, la extirpación quirúrgica de la próstata (prostatectomía radical) puede ser una opción. También es posible que le extirpen los ganglios linfáticos pélvicos si hay un pequeño riesgo de que el cáncer se expanda hacia ellos. Su urólogo determinará este riesgo mediante un nomograma. El procedimiento quirúrgico llamado linfadenectomía pélvica (PLND) se realiza para extirpar los ganglios linfáticos y analizarlos a fin de determinar si hay cáncer.

Podría recibir tratamiento adicional después de la cirugía de próstata para ayudar a prevenir la reaparición del cáncer. Esto se denomina tratamiento adyuvante. Las opciones de tratamiento adyuvante se basan en las características de alto riesgo (adversas) que se encuentran como resultado de la cirugía de próstata. Las características adversas sugieren que no se extirpó todo el cáncer durante la cirugía. **Consulte la Guía 8.**

Si los resultados de los estudios no detectan características de alto riesgo después de la cirugía de próstata, se lo controlará por si reaparece el cáncer. El control implica análisis de PSA periódicos y, en ocasiones, exámenes de tacto rectal. Si su nivel de PSA aumenta durante el control, le harán otros estudios para determinar si el cáncer ha reaparecido.

Guía 9

Grupo de riesgo intermedio favorable: opciones de tratamiento inicial

Expectativa de vida	Tratamiento inicial	Tratamiento adicional
10 años o más	Seguimiento activo (opción preferida)	
	Radioterapia	
	Cirugía de próstata con o sin disección de ganglios linfáticos pélvicos	→ Control de la recidiva del cáncer Si es necesario,* el tratamiento adicional puede incluir RTHE u hormonoterapia
De 5 a 10 años	Observación (opción preferida)	
	Radioterapia	

* Consulte las características adversas en la Guía 8

Expectativa de vida: Entre 5 y 10 años

Si tiene cáncer de próstata de riesgo intermedio favorable y su expectativa de vida es entre 5 y 10 años, hay dos opciones de tratamiento inicial que son las siguientes:

Observación

La observación es la opción preferida para quienes tienen una expectativa de vida entre 5 y 10 años y cuyo cáncer de próstata no causa problemas. La observación implica el análisis de PSA ocasionales y observación de los síntomas que se pueden tratar con terapia paliativa.

Radioterapia

La radioterapia es una opción de tratamiento para algunas personas con riesgo intermedio favorable. Las radioterapias incluyen RTHE o braquiterapia.

Riesgo intermedio desfavorable

En el subgrupo de riesgo desfavorable se encuentran las personas que presentan una o más de las siguientes características:

- Dos o más factores de riesgo intermedio
- Grupo de grado 3
- Más de la mitad de las muestras de biopsias muestran cáncer

Las opciones de tratamiento se basan en la expectativa de vida. Las opciones de tratamiento para pacientes con cáncer de riesgo intermedio desfavorable se indican en la **Guía 10** de la página siguiente.

Expectativa de vida: 10 años o más

Si tiene cáncer de próstata de riesgo intermedio desfavorable y su expectativa de vida es de 10 años o más, las opciones de tratamiento inicial incluyen prostatectomía radical o radioterapia y hormonoterapia.

Cirugía de próstata

La extirpación quirúrgica de la próstata (prostatectomía radical) puede ser una opción. También es posible que le extirpen los ganglios linfáticos pélvicos si hay un pequeño riesgo de que el cáncer se expanda hacia ellos. Su urólogo determinará este riesgo mediante un nomograma. El procedimiento quirúrgico llamado linfadenectomía pélvica (PLND) se realiza para extirpar los ganglios linfáticos y analizarlos a fin de determinar si hay cáncer.

Puede recibir tratamiento adicional después de la cirugía para tratar de impedir que vuelva el cáncer. Esto se denomina tratamiento adyuvante. El tratamiento adyuvante se iniciará después de que se haya recuperado de la operación de próstata. La elección del tratamiento adyuvante depende de si su cáncer tiene características de alto riesgo (adversas) o metástasis en los ganglios linfáticos. **Consulte la Guía 8.** Las características adversas sugieren que no se extirpó todo el cáncer durante la cirugía de próstata.

Si los resultados de los estudios no detectan características de alto riesgo después de la cirugía de próstata, se lo controlará por si reaparece el cáncer. El control implica análisis de PSA periódicos y, en ocasiones, exámenes de tacto rectal. Si su nivel de PSA aumenta durante el control, le harán

otros estudios para determinar si el cáncer ha reaparecido.

Radioterapia y hormonoterapia

La radioterapia con hormonoterapia es también una opción de tratamiento inicial para quienes tienen riesgo intermedio desfavorable y una expectativa de vida de 10 años o más. La radioterapia puede ser RTHE o braquiterapia junto con 4 a 6 meses de hormonoterapia.

Guía 10

Grupo de riesgo intermedio desfavorable: opciones de tratamiento inicial

Expectativa de vida	Tratamiento inicial	Tratamiento adicional
10 años o más	Cirugía de próstata con o sin disección de ganglios linfáticos pélvicos	→ Control de la recidiva del cáncer Si es necesario,* el tratamiento adicional puede incluir RTHE u hormonoterapia
	Radioterapia y hormonoterapia	
De 5 a 10 años	Observación	
	Radioterapia (RTHE o braquiterapia) y hormonoterapia	

* Consulte las características adversas en la Guía 8

Expectativa de vida: Entre 5 y 10 años

Si tiene cáncer de próstata de riesgo intermedio desfavorable y su expectativa de vida es entre 5 y 10 años, sus opciones de tratamiento incluyen las siguientes:

Observación

Como el cáncer puede progresar muy lentamente como para causar problemas en 5 o 10 años, no se recomienda el seguimiento activo para pacientes de este grupo de riesgo. En cambio, la observación es la opción recomendada. La observación implica el análisis de PSA ocasionales y observación de los síntomas que se pueden tratar con terapia paliativa.

Radioterapia y hormonoterapia

La radioterapia con hormonoterapia también es una opción de tratamiento para las personas con riesgo intermedio desfavorable. El tratamiento incluye RTHE o braquiterapia junto con 4 a 6 meses de hormonoterapia.

Riesgo alto o muy alto

En el **grupo de riesgo alto** se encuentran las personas que presentan **solo una** de las siguientes características:

- Tumor de estadio T3a
- Grupo de grado 4
- Grupo de grado 5
- PSA superior a 20 ng/ml

Más de la mitad de los cilindros tisulares muestran cáncer, pero menos de 4 cilindros son del grupo de grado 4 o 5.

En el **grupo de riesgo muy alto** se encuentran las personas que presentan **solo una** de las siguientes características:

- Tumor de estadio T3b a T4
- Patrón primario de Gleason 5
- Dos o más factores de riesgo alto
- Más de 4 cilindros tisulares con grupo de grado 4 o 5

Las personas que tienen un riesgo alto o muy alto y una expectativa de vida de 5 años o menos deben someterse a una gammagrafía ósea para determinar si el cáncer se ha extendido a los huesos. El diagnóstico por imágenes del abdomen y la zona pélvica también es importante para detectar cáncer en los ganglios linfáticos y otras zonas además de la próstata.

El tratamiento es más agresivo para el cáncer de próstata de riesgo alto o muy alto. Las opciones de tratamiento dependen de la expectativa de vida y de la presencia de síntomas. **Consulte la Guía 11** en la página siguiente.

Expectativa de vida: más de 5 años o presenta síntomas

Si su expectativa de vida es superior a 5 años o si presenta síntomas, existen varias opciones de tratamiento inicial:

Radioterapia

La radioterapia combinada con hormonoterapia a largo plazo constituye un tratamiento inicial eficaz para los pacientes de riesgo alto o muy alto. Para esta opción, la hormonoterapia se administra

antes, durante y después de la radioterapia durante 18 meses a 3 años.

Otra opción de radioterapia es la RTHE, braquiterapia y la hormonoterapia a largo plazo (de 1 a 3 años). La combinación de RTHE y braquiterapia permite un control más preciso de la dosis de radiación. Cuando se agrega hormonoterapia a esta combinación, los resultados de los pacientes suelen mejorar.

También existe una opción de radioterapia solo para pacientes con cáncer de próstata de riesgo muy

Guía 11

Grupos de riesgo alto y muy alto: opciones de tratamiento inicial

Expectativa de vida	Tratamiento inicial	Tratamiento adicional
Más de 5 años o presenta síntomas	Radioterapia y hormonoterapia	
	Radioterapia, hormonoterapia y Zytiga (abiraterona) solo para pacientes de riesgo muy alto	
	Cirugía de próstata con o sin disección de ganglios linfáticos pélvicos	→ Control de la recidiva del cáncer Si es necesario,* el tratamiento adicional puede incluir RTHE u hormonoterapia
5 años o menos y no presenta síntomas	Observación	
	Hormonoterapia	
	Radioterapia (RTHE)	

* Consulte las características adversas en la Guía 8

alto: Zytiga (abiraterona) se puede combinar con radioterapia y dos años de hormonoterapia.

Cirugía de próstata

Si tiene una expectativa de vida superior a 5 años, la prostatectomía radical con extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos (disección de ganglios linfáticos o PLND) es una opción para los pacientes del grupo de riesgo alto y determinados pacientes del grupo de riesgo muy alto. Su edad y su estado general de salud son factores para decidir si esta es una buena opción para usted.

Podría recibir tratamiento adicional después de la cirugía de próstata para ayudar a prevenir la reaparición del cáncer. El tratamiento se iniciará después de que se haya recuperado de la cirugía de próstata. Las opciones de tratamiento adicionales después de la prostatectomía dependen de la presencia de características adversas (riesgo alto) o cáncer en los ganglios linfáticos después de la cirugía de próstata. **Consulte la Guía 8.**

Si en los resultados del estudio no se encuentran características adversas no se necesita recibir más tratamiento. Se realizará un control del cáncer. El control implica análisis de PSA periódicos y, en ocasiones, exámenes de tacto rectal. Si su nivel de PSA comienza a elevarse durante la etapa de control, es posible que necesite tratamiento para la recidiva del PSA. *Consulte el capítulo 7.*

Si en los resultados del estudio se encuentran características adversas, pero no se detecta cáncer en los ganglios linfáticos después de la cirugía, la opción preferida es el control de la recidiva del cáncer. La RTHE (con o sin hormonoterapia) también es una opción de tratamiento adicional. La RTHE se enfoca en las áreas donde posiblemente se hayan extendido las células cancerosas. La hormonoterapia podría agregarse a la RTHE para mejorar los resultados.



Es normal tener días malos, pero no se dé por vencido. La actitud positiva ayuda mucho”.

Si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos, pero no hay otras características adversas, el control es una opción razonable si su nivel de PSA no es detectable. Sin embargo, si su nivel de PSA comienza a elevarse durante la etapa de control, es posible que necesite tratamiento para la recidiva del PSA. La hormonoterapia (con o sin RTHE) también es una opción de tratamiento adicional. Puede comenzar la hormonoterapia de inmediato con la opción de incorporar la radioterapia tiempo después. *Consulte el capítulo 7: Toma de decisiones sobre el tratamiento.*

Expectativa de vida: 5 años o menos sin síntomas

Existen tres opciones de cáncer de próstata de riesgo alto o muy alto cuando la expectativa de vida es de 5 años o menos y no presenta síntomas:

Observación

La observación es la opción para la mayoría de las personas de los grupos de mayor riesgo. La observación implica el análisis de PSA ocasionales y observación de los síntomas que se pueden tratar con terapia paliativa. **Consulte la Guía 11.**

Hormonoterapia

Si la observación no resulta adecuada, la hormonoterapia es una opción. La hormonoterapia puede ser castración médica o quirúrgica. La castración médica es el tratamiento con medicamentos para reducir drásticamente las hormonas masculinas. La castración quirúrgica es la extirpación quirúrgica permanente de uno o ambos testículos (orquiectomía).

Radioterapia

La RTHE es una opción porque se ha demostrado que es eficaz en los pacientes con cáncer de próstata de riesgo alto y muy alto.

Tratamiento complementario

Además de estos tratamientos, también puede recibir tratamiento complementario (cuidados paliativos). El tratamiento complementario apunta a aliviar los síntomas causados por el cáncer y los efectos secundarios producidos por su tratamiento.

Después del tratamiento

Después del tratamiento inicial y del tratamiento adicional, si es necesario, se controlará que no presente un aumento del PSA o recidiva del cáncer. El control implica realizar estos estudios de seguimiento:

- Análisis de PSA cada 6 a 12 meses durante 5 años, luego una vez al año (para los pacientes con riesgo alto de recidiva, puede ser mejor realizar una prueba de PSA cada 3 meses).
- Examen de tacto rectal, si su médico sospecha recidiva del cáncer.

Si se detecta metástasis en los ganglios linfáticos mientras recibe hormonoterapia o está en observación, o si su PSA (y el examen de tacto rectal, si se realiza) indican que el cáncer ha regresado, entonces le harán estudios de diagnóstico por imágenes adicionales y hablará con el médico sobre sus opciones. Las opciones pueden incluir control permanente o tratamiento adicional (o diferente). *Consulte el capítulo 6: Persistencia y recidiva del PSA.*

Puntos clave

- Los expertos de la NCCN están preocupados por el tratamiento excesivo de este cáncer de próstata en estadio temprano. Para muchos pacientes con cáncer de próstata de menor riesgo, el seguimiento activo o la observación pueden ser mejores opciones que el tratamiento directo.
- Todos los pacientes que elijan el seguimiento activo deben hacerse una biopsia de próstata confirmatoria uno o dos años después de la biopsia inicial.
- El tratamiento adyuvante es un tratamiento adicional que se realiza después del tratamiento inicial y ayuda a prevenir la reaparición del cáncer.
- Si hay riesgo de que el cáncer se haya extendido o se disemine a los ganglios linfáticos de la zona pélvica, se realiza un procedimiento quirúrgico llamado linfadenectomía pélvica (PLND) para extirpar los ganglios linfáticos y analizarlos a fin de determinar si hay cáncer.
- Después de la prostatectomía radical, el tratamiento (adyuvante) adicional puede ayudar a prevenir la reaparición del cáncer. La elección del tratamiento adyuvante depende de la presencia de características adversas (riesgo alto) o cáncer en los ganglios linfáticos después de la cirugía.
- El tratamiento es más agresivo para el cáncer de riesgo alto o muy alto. Para quienes eligen la cirugía, suele ser necesario administrar un tratamiento adyuvante con radioterapia. A veces, se suma la hormonoterapia a largo plazo para mejorar los resultados.
- Si su nivel de PSA comienza a elevarse después del tratamiento inicial, es posible que necesite tratamiento para la recidiva del PSA.

6

Persistencia y recidiva del PSA

- 65 Estudios de la persistencia o la recidiva
- 66 Tratamiento de la persistencia o la recidiva
- 68 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 68 Supervivencia
- 69 Puntos clave

Incluso después del tratamiento con cirugía de próstata o radioterapia, es posible que su nivel de PSA no disminuya lo suficiente. O bien, su nivel de PSA puede caer pero, en algún momento, comienza a subir de nuevo. Por lo general, estos son signos de que necesitará más tratamiento.

Si se sometió a una prostatectomía radical, todas las células que producen PSA deben desaparecer, por lo que su nivel de PSA debería ser indetectable. Si se sometió a radioterapia, su nivel de PSA debería disminuir constantemente a casi cero.

Sin embargo, en aproximadamente 1 de cada 3 personas con cáncer de próstata, el nivel de PSA no baja lo suficiente (esto se llama persistencia del PSA) o cae a casi cero, pero con el tiempo comienza a aumentar nuevamente (esto se llama recidiva del PSA). Es posible que la recidiva del PSA no se presente durante varios años después del tratamiento inicial.

La persistencia y la recidiva del PSA pueden ser indicios de que el cáncer no ha desaparecido por completo o de que ha vuelto a aparecer en otras partes del cuerpo. Por estas razones, el tratamiento para la persistencia y recidiva del PSA suele incluir tratamientos locales y sistémicos (de todo el cuerpo). El tratamiento local suele ser la radiación, mientras que el tratamiento sistémico implica hormonoterapia.

La mayoría de las opciones de tratamiento enumeradas en este capítulo son para las personas con una expectativa de vida de más de 5 años. Para quienes tienen una expectativa de vida de 5 años o menos, la observación o los tratamientos complementarios (terapia paliativa) pueden ser opciones más razonables que someterse a un tratamiento.

Estudios de la persistencia o la recidiva

Antes de decidirse por algún tratamiento, necesitará hacerse algunos estudios más para averiguar qué tan agresivo puede ser el cáncer. El diagnóstico por imágenes se utiliza para determinar si el cáncer ha regresado a la zona pélvica o a otra zona del cuerpo.

- **Tiempo de duplicación del PSA:** esta prueba mide el tiempo que tarda en duplicarse el nivel de PSA. Si se duplica en un período breve (6 meses o menos, por ejemplo), esto sugiere que el cáncer está creciendo rápidamente.
- **Estudios de diagnóstico por imágenes:** suelen incluir imágenes de todo el cuerpo.
- **Biopsia:** si su PSA está elevado o las imágenes muestran un posible cáncer en alguna parte, es posible que debe someterse a una biopsia de esa zona. Es posible que deba someterse a una biopsia de próstata después de la radioterapia, de la celda prostática después de la cirugía, o de otra zona como las vesículas seminales, un ganglio linfático o un hueso.

Tratamiento de la persistencia o la recidiva

Si su expectativa de vida es de más de 5 años, el tratamiento de la persistencia o recidiva del PSA depende de si su tratamiento anterior fue una prostatectomía radical o radioterapia. **Consulte la Guía 12** en la página siguiente.

Después de la cirugía de próstata

Si presenta una persistencia o recidiva del PSA y su tratamiento inicial fue la prostatectomía radical, su próximo tratamiento depende de los resultados de los últimos estudios:

No se ha encontrado ningún otro tipo de cáncer

Si su nivel de PSA está alto, pero los estudios no detectan cáncer en los ganglios linfáticos de la zona pélvica ni en ninguna otra parte del cuerpo, el tratamiento preferido es la radioterapia con o sin hormonoterapia. El control es una opción para determinados pacientes.

Cáncer en la zona pélvica

Si los estudios detectan cáncer en los ganglios linfáticos de la zona pélvica, es posible que se le administre radioterapia, posiblemente combinada con hormonoterapia. También se puede incluir hormonoterapia adicional con abiraterona.

Cáncer en otra zona del cuerpo

Si los estudios detectan que el cáncer se ha extendido a otra zona del cuerpo, significa que el cáncer ha hecho metástasis y necesita un tratamiento más avanzado. Consulte *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de próstata en estadio avanzado*.

Después de la radioterapia

Si presenta una recidiva del PSA y su tratamiento inicial fue la radioterapia, su próximo tratamiento depende de los resultados de sus últimos estudios:

No se ha encontrado ningún otro tipo de cáncer

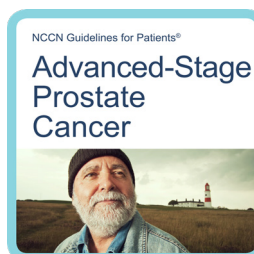
Si su nivel de PSA está alto, pero los estudios no detectan cáncer en los ganglios linfáticos pélvicos ni en ninguna otra parte del cuerpo, es posible que le hagan otra biopsia o simplemente que lo controlen con los estudios habituales. Si aparecen síntomas o se necesita tratamiento, es posible que se le administre hormonoterapia o una prostatectomía radical, si corresponde. Otras opciones no quirúrgicas incluyen crioterapia, ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU) o más radioterapia.

Cáncer en la zona pélvica

Si los estudios detectan cáncer en los ganglios linfáticos de la zona pélvica, sus opciones incluyen control u hormonoterapia (con o sin abiraterona). Otras opciones de tratamiento (administradas con o sin hormonoterapia) incluyen radiación o disección de los ganglios linfáticos pélvicos.

Cáncer en otra zona del cuerpo

Si los estudios detectan que el cáncer se ha extendido a otra zona del cuerpo, esto significa que el cáncer ha hecho metástasis y necesita un tratamiento más avanzado. Consulte *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de próstata en estadio avanzado* en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Guía 12

Tratamiento de la persistencia o recidiva del PSA

Tratamiento inicial	Resultados de los estudios	Opciones de tratamiento de la persistencia o la recidiva
Prostatectomía radical	No hay otros signos de cáncer	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia con o sin hormonoterapia (opción preferida) • Control
	Cáncer en los ganglios linfáticos pélvicos	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia y hormonoterapia con o sin abiraterona
	El cáncer se ha extendido a otra zona del cuerpo (hizo metástasis)	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere tratamiento avanzado
Radioterapia	No hay otros signos de cáncer	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsia • Control • Hormonoterapia • Prostatectomía radical • Crioterapia • Ultrasonido focalizado de alta intensidad • Más radioterapia
	Cáncer en los ganglios linfáticos pélvicos	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsia • Control • Hormonoterapia con o sin abiraterona • Radioterapia de los ganglios linfáticos pélvicos con o sin hormonoterapia • Disección de los ganglios linfáticos pélvicos con o sin hormonoterapia
	El cáncer se ha extendido a otra zona del cuerpo (hizo metástasis)	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere tratamiento avanzado

¿Cuál es el siguiente paso?

Después de recibir tratamiento para la persistencia o la recidiva del PSA, continuará realizándose estudios y consultas para tratar su cáncer existente o para vigilar la reaparición del cáncer. La vigilancia es una parte clave del plan de seguimiento. Asegúrese de continuar asistiendo a las consultas de seguimiento y permanecer en contacto con su equipo de atención.

Si el cáncer reaparece, pero no se extiende más allá de la zona pélvica, puede continuar con el tratamiento para la persistencia/recidiva. Si el cáncer reaparece, pero se extiende a otra zona del cuerpo, necesitará un tratamiento más avanzado. Consulte *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de próstata en estadio avanzado*. Como siempre, puede pedir que lo incluyan en un ensayo clínico.

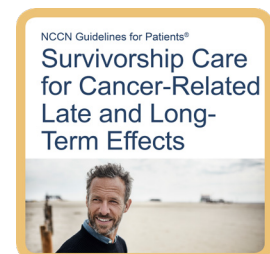
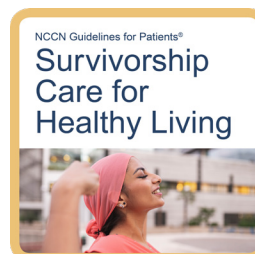
Es habitual sentir frustración, rabia, arrepentimiento, desesperación e incertidumbre, incluso todo al mismo tiempo. Sepa que puede tener cáncer de próstata y seguir disfrutando de la vida después del diagnóstico y el tratamiento. Intente disfrutar de la vida todo lo que pueda. Hable con familiares o amigos. Participe de un grupo de apoyo para conocer cómo afrontan su cáncer otros pacientes. O bien, hable con su médico u otro integrante de su equipo de atención. Ellos pueden recomendarle profesionales que lo ayuden a afrontar estos sentimientos y guiarlo en los próximos pasos.

Supervivencia

La supervivencia se centra en la salud y el bienestar de una persona con cáncer, desde el diagnóstico hasta el final de su vida. Esto incluye los efectos físicos, mentales, emocionales, sociales y económicos que comienzan en el momento del diagnóstico, continúan durante el tratamiento y surgen posteriormente.

La supervivencia también incluye preocupaciones por los cuidados de seguimiento, los efectos tardíos del tratamiento, la recidiva del cáncer y la calidad de vida. El apoyo de familiares, amigos y cuidadores también es una parte importante de la supervivencia.

Consulte más información sobre la supervivencia en *NCCN Guidelines for Patients: Survivorship Care for Healthy Living (Atención a los sobrevivientes para una vida saludable)* y *Survivorship Care for Cancer-Related Late and Long-Term Effects (Atención a los sobrevivientes para los efectos tardíos y a largo plazo relacionados con el cáncer)*, disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Puntos clave

- Después del tratamiento para el cáncer de próstata, algunas personas presentan una persistencia del PSA (el nivel de PSA no disminuye lo suficiente) o recidiva del PSA (el nivel de PSA disminuye, pero luego comienza a aumentar nuevamente).
- La persistencia y la recidiva del PSA pueden ser indicios de que el cáncer no ha desaparecido por completo o de que puede reaparecer en otras partes del cuerpo.
- Para las personas con persistencia o recidiva del PSA y una expectativa de vida de 5 años o menos, la observación puede ser una opción más razonable que someterse a un tratamiento.
- Si los estudios detectan que el cáncer se ha extendido a otra zona del cuerpo, esto significa que el cáncer ha hecho metástasis y necesita un tratamiento más avanzado.
- Puede tener cáncer de próstata y seguir disfrutando de la vida después del diagnóstico y el tratamiento.



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer.

Realice nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.

[NCCN.org/patients/feedback](https://www.nccn.org/patients/feedback)

7

Toma de decisiones sobre el tratamiento

71 Es su decisión

71 Preguntas para hacer

80 Recursos

Es importante que se sienta cómodo con el tratamiento del cáncer que elija. Esta elección comienza cuando tiene una conversación franca y honesta con su equipo de atención sobre los beneficios y riesgos del tratamiento.

Es su decisión

Las decisiones acerca del tratamiento son muy personales. Lo que es importante para usted puede no serlo para otra persona. En el caso de compartir la toma de decisiones, sus médicos y usted comparten información, conversan sobre las opciones y se ponen de acuerdo sobre un plan de tratamiento. Exprese con claridad sus objetivos en cuanto al tratamiento y averigüe qué cabe esperar de él. Esto comienza con una conversación franca y honesta entre usted y su equipo.

Algunas cosas que pueden afectar su toma de decisiones:

- Lo que usted desea y en qué difiere de lo que desean los demás.
- Sus creencias religiosas y espirituales.
- Lo que piensa acerca de determinados tratamientos, como la cirugía o la hormonoterapia.
- Lo que piensa en cuanto al dolor o los efectos secundarios.
- El costo del tratamiento, el traslado hasta los centros de tratamiento y el tiempo lejos de la escuela o el trabajo.
- La calidad de vida y la longevidad.
- Lo activo que es usted y las actividades que le resultan importantes.

Piense en lo que desea obtener del tratamiento. Hable francamente de los riesgos y los beneficios que conllevan los tratamientos y procedimientos específicos. Sopesese sus opciones y comparta sus preocupaciones con su equipo de atención.

Segunda opinión

Es normal que quiera comenzar el tratamiento lo antes posible. Si bien el cáncer no puede pasarse por alto, normalmente hay tiempo para que otro médico analice los resultados de sus estudios y sugiera un plan de tratamiento. Esto se llama buscar una segunda opinión y es una parte habitual del tratamiento del cáncer. ¡Los médicos también buscan segundas opiniones!

Busque un especialista en cáncer de próstata, si puede, porque tiene experiencia en diagnosticar y tratar a muchas personas con su tipo de cáncer.

Puede prepararse de la siguiente manera:

- Verifique las normas sobre segundas opiniones de su compañía de seguro. Puede haber gastos adicionales de su bolsillo por consultar proveedores que no estén cubiertos por su plan de seguro.
- Planifique que le envíen copias de todos sus registros al médico que le dará una segunda opinión.

Preguntas para hacer

En las páginas que siguen, hay posibles preguntas para hacerle al equipo de atención. No dude en usarlas o pensar sus propias preguntas. Tenga a mano un cuaderno para anotar las respuestas a sus preguntas.

Preguntas sobre las pruebas del cáncer

1. ¿Qué pruebas tendré que hacerme?
2. ¿Las pruebas tienen algún riesgo?
3. ¿Pagará mi seguro todas las pruebas que me recomiende?
4. ¿Tengo que hacer algo para prepararme para las pruebas?
5. ¿Debe acompañarme alguien a las citas?
6. ¿Adónde tengo que ir para hacerme las pruebas y cuánto tardaré?
7. Si alguna de las pruebas me genera dolor, ¿qué hará para que me sienta mejor?
8. ¿Cuándo sabré los resultados y quién me los explicará?
9. ¿Cómo puedo obtener una copia del informe anatomopatológico y de los resultados de los otros estudios?
10. ¿Cuál es el estadio del cáncer? ¿Qué significa este estadio en términos de supervivencia?

Preguntas sobre las opciones de tratamiento

1. ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
2. ¿Existen opciones de ensayos clínicos para mí?
3. ¿Qué pasa si no hago nada?
4. ¿Sugiere opciones diferentes a las que recomienda NCCN? Si es así, ¿por qué?
5. ¿De qué manera repercuten en mis opciones la edad, el sexo, mi estado de salud general y otros factores?
6. ¿Alguna alternativa ofrece una cura o control del cáncer a largo plazo?
7. ¿Cuáles son los efectos secundarios previstos del tratamiento?
8. ¿Duele el tratamiento?
9. ¿De cuánto tiempo dispongo para decidir sobre el tratamiento? ¿Hay algún trabajador social o alguien que pueda ayudarme a decidir?
10. ¿Cómo puedo obtener una segunda opinión?

Preguntas sobre los recursos y apoyos

1. ¿Con quién debo hablar sobre vivienda, preparación de comidas y otras necesidades básicas?
2. ¿Qué asistencia existe para el transporte, el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
3. ¿Quién puede informarme sobre mis opciones de seguro médico y ayudarme a solicitar cobertura?
4. ¿Cuánto debo pagar por mi tratamiento? ¿Qué ayuda existe para pagar los medicamentos y otros tratamientos?
5. ¿Quién puede ayudarme con mis preocupaciones por mi trabajo o mis estudios?
6. ¿Cómo me conecto con los demás para crear un sistema de apoyo?
7. ¿Con quién puedo hablar si no me siento seguro en mi casa, el trabajo o mi barrio?

Preguntas sobre lo que cabe esperar

1. ¿Ofrece este hospital o centro oncológico el mejor tratamiento para mí?
2. ¿Puedo elegir cuándo comenzar el tratamiento?
3. ¿Cuánto tiempo tomará el tratamiento?
4. ¿Cubrirá mi seguro el tratamiento que me recomiendan?
5. ¿Hay algún programa que pueda ayudarme a pagar el tratamiento?
6. ¿Qué tratamientos y servicios complementarios están a mi disposición y a la de mis cuidadores?
7. ¿A quién debo dirigirme si tengo preguntas o dudas si el consultorio está cerrado?
8. ¿Cómo sabrá que el tratamiento está funcionando?
9. ¿Qué probabilidades hay de que el cáncer empeore o regrese?
10. ¿Qué cuidados de seguimiento son necesarios después del tratamiento?

¿Cuáles son los efectos secundarios?

1. ¿Cuáles son las complicaciones y los efectos secundarios posibles?
2. ¿Qué efectos secundarios son los más frecuentes y cuánto suelen durar?
3. ¿Qué efectos secundarios son graves o potencialmente mortales?
4. ¿Existen efectos secundarios permanentes o a largo plazo?
5. ¿Qué síntomas debo comunicar inmediatamente y a quién debo dirigirme?
6. ¿El tratamiento afectará mi capacidad de orinar? ¿O mantener una erección?
7. ¿Qué se puede hacer para prevenir o aliviar los efectos secundarios del tratamiento?
8. ¿Hay algún medicamento que empeore los efectos secundarios?
9. ¿Algún efecto secundario disminuye o empeora en gravedad con el tiempo?
10. ¿Interrumpiré el tratamiento o lo cambiaré si aparecen efectos secundarios graves?

Preguntas sobre los ensayos clínicos

1. ¿Me recomienda que considere un ensayo clínico para el tratamiento?
2. ¿Cómo averiguo sobre los ensayos clínicos en los que puedo participar?
3. ¿Cuáles son los tratamientos que se usan en el ensayo clínico?
4. ¿El tratamiento se usó para tratar otros tipos de cáncer?
5. ¿Cuáles son los riesgos y beneficios de este tratamiento?
6. ¿Qué efectos secundarios debo esperar y cómo se tratarán?
7. ¿Cuánto tiempo participaré en el ensayo clínico?
8. ¿Podré recibir otro tratamiento si este no funciona?
9. ¿Cómo sabrá si el tratamiento es eficaz?
10. ¿El ensayo clínico tendrá algún costo para mí?

Preguntas sobre la experiencia de su equipo de atención

1. ¿Tiene certificación de especialidad? Si es así, ¿en qué área?
2. ¿Cuál es su experiencia y la de su equipo en el tratamiento de mi tipo de cáncer de próstata?
3. ¿Cuántos pacientes como yo (de mi misma edad, raza) ha tratado?
4. ¿Consultará con expertos sobre la atención que recibiré? ¿Con quién consultará?
5. ¿Mi tratamiento o procedimiento es una parte importante de su ejercicio profesional? ¿Con qué frecuencia ha realizado este tratamiento o procedimiento en el último año?
6. ¿Cuántos de sus pacientes han sufrido complicaciones? ¿Cuáles fueron las complicaciones?

Recursos

AnCan Foundation

anacan.org

Bag It

bagitcancer.org

Cancare

Cancare.org

CancerCare

cancercares.org

Cancer Hope Network

cancerhopenetwork.org

FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered

facingourrisk.org

Imerman Angels

imermanangels.org

Malecare

malecare.org

National Alliance of State Prostate Cancer Coalitions (NASPCC)

nasppc.org

National Coalition for Cancer Survivorship

canceradvocacy.org

PCaAware National Prostate Cancer Awareness Foundation

pcaaware.org

Prostate Conditions Education Council (PCEC)

prostateconditions.org

Prostate Health Education Network (PHEN)

prostatehealthed.org

Triage Cancer

triagecancer.org

ZERO Prostate Cancer

zerocancer.org



Palabras que debe conocer

agonista de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH)

Medicamento que actúa en el cerebro para evitar que los testículos produzcan testosterona.

agrandamiento de la próstata

Crecimiento excesivo del tejido de la próstata que no se debe al cáncer. También se conoce como hiperplasia prostática benigna.

anatomopatólogo

Médico que se especializa en el análisis de células y tejidos para detectar enfermedades.

anomalía genética

Un cambio anormal en las instrucciones de las células para generar y controlar las células. También se conoce como mutación.

antagonista de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH)

Medicamento que actúa en el cerebro para evitar que los testículos produzcan testosterona.

antiandrógeno

Medicamento que impide la acción de la hormona testosterona.

antígeno prostático específico (PSA)

Proteína producida por la próstata que ayuda al semen a transportar los espermatozoides. El PSA se mide en nanogramos por mililitro de sangre (ng/ml).

biopsia

Procedimiento mediante el cual se toman muestras de fluidos o tejidos para analizarlas y detectar una enfermedad.

braquiterapia

Tratamiento con radiación de un objeto colocado cerca o dentro del tumor. También se llama radiación interna.

castración

Cirugía mediante la que se extirpan los testículos o medicamentos que inhiben la función de los testículos para mantener los niveles de testosterona bajos o cercanos a cero.

densidad del PSA

El nivel de PSA, una proteína producida por la próstata, en relación con el tamaño de la próstata.

disfunción eréctil

Falta de flujo sanguíneo hacia el pene que limita la erección o la capacidad para mantenerla.

ecografía

Procedimiento que usa ondas sonoras para tomar imágenes del interior del cuerpo.

estadificación

El proceso de clasificar la extensión del cáncer en el cuerpo.

examen de tacto rectal

Examen de la próstata mediante su palpación a través de la pared del recto.

expectativa de vida

Cantidad de años que probablemente viva una persona según las estadísticas de otras personas en circunstancias similares.

factor de riesgo

Algo que aumenta la posibilidad de contraer una enfermedad.

Grupo de grado

Como la puntuación de Gleason, el grupo de grado es una escala que indica cuánto se parecen las células del cáncer de próstata a las células normales vistas con un microscopio. Los grupos de grado están diseñados para ser más fáciles de usar que la puntuación de Gleason.

hormonoterapia

Un tratamiento del cáncer que detiene la fabricación o la acción de las hormonas. También se conoce como tratamiento de supresión androgénica.

incontinencia urinaria

Afección de salud en la que no se puede controlar la liberación de orina.

linfadenectomía pélvica (PLND)

Operación mediante la que se extirpan los ganglios linfáticos que se encuentran entre los huesos de la cadera.

margen quirúrgico

Tejido de aspecto normal alrededor del tumor que se extirpa durante una operación.

metástasis

Extensión de las células cancerosas del lugar en donde se inició a un nuevo sitio.

nomograma

Una herramienta matemática que usa información médica para predecir un resultado.

observación

Período de conducta expectante del crecimiento o la aparición del cáncer mientras no se recibe tratamiento.

orquiectomía

Operación para reducir la testosterona del cuerpo mediante la extirpación de uno o ambos testículos.

perineo

La región del cuerpo entre el escroto y el ano.

persistencia del PSA

Cuando el nivel de PSA sigue siendo detectable después del tratamiento del cáncer de próstata.

prostatectomía radical

Operación mediante la que se extirpa toda la próstata y también el tejido circundante, las vesículas seminales y, en ocasiones, los ganglios linfáticos.

prostatectomía radical con conservación de nervios

Una operación mediante la que se extirpa la próstata y uno o ninguno de los haces de nervios cavernosos.

puntuación de Gleason

Escala que indica cuánto se parecen las células del cáncer de próstata a las células normales vistas con un microscopio.

radioterapia

Tratamiento que utiliza rayos de alta energía (radiación) para eliminar las células cancerosas.

radioterapia de haz externo (RTHE)

Tratamiento en el que una máquina fuera del cuerpo dirige la radiación con precisión hacia el cáncer que se encuentra dentro del cuerpo.

recidiva

La reaparición del cáncer después de un período sin enfermedad.

recidiva del PSA

Cuando el nivel de PSA disminuye después del tratamiento del cáncer de próstata, pero luego vuelve a subir.

resonancia magnética (RM)

Estudio que usa ondas sonoras e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo.

seguimiento activo

Pruebas frecuentes y continuas para observar los cambios en el estado del cáncer, de modo que se pueda iniciar el tratamiento si es necesario.

terapia paliativa

Cuidado de los síntomas del cáncer o de los efectos secundarios del tratamiento oncológico. La terapia paliativa es una parte importante del tratamiento complementario.

testosterona

Hormona que ayuda al funcionamiento de los órganos sexuales masculinos.

tomografía computarizada (TC)

Estudio de diagnóstico por imágenes que usa rayos X desde varios ángulos para tomar imágenes de distintas zonas del interior del cuerpo.

tomografía por emisión de positrones (TEP)

Estudio que utiliza material radioactivo para ver la forma y la función de partes del cuerpo.

tratamiento complementario

Atención médica distinta del tratamiento curativo que responde a las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los pacientes, sus familiares y cuidadores.

tratamiento de supresión androgénica (TSA)

Hormonoterapia que impide que el cuerpo produzca testosterona o bloquea el uso de testosterona por parte de las células cancerosas. El TSA se puede administrar mediante medicamentos o cirugía.

uretra

Tubo que lleva la orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo a través del pene. También expulsa el semen.

vesícula seminal

Una de las dos glándulas masculinas que produce el fluido que utilizan los espermatozoides para obtener energía.



**Comparta su
opinión con
nosotros.**

Complete nuestra encuesta y contribuya para que NCCN Guidelines for Patients sea mejor para todos.

[NCCN.org/patients/comments](https://www.nccn.org/patients/comments)

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para la detección del cáncer de próstata, versión 4.2024. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Directora ejecutiva de Operaciones de Información para Pacientes

John Murphy
Redactor médica

Susan Kidney
Especialista ejecutiva en Diseño Gráfico

La Guía NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer de próstata, versión 4.2024 fue desarrollada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dr. Edward M. Schaeffer, doctor en Medicina
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Dra. Sandy Srinivas
Stanford Cancer Institute

Dr. Nabil Adra, magíster en Ciencias
Indiana University Melvin y Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dr. Yi An
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Dra. Rhonda Bitting
Duke Cancer Institute

Dr. Brian Chapin
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dra. Heather H. Cheng, doctor en Medicina
Fred Hutchinson Cancer Center

***Dr. Anthony Victor D'Amico, doctor en Medicina**
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center | Mass General Cancer Center

***Dr. Neil Desai, magíster en Ciencias de la Salud**
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dra. Tanya Dorff
City of Hope National Cancer Center

Dr. James A. Eastham
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Thomas A. Farrington, licenciado en Ingeniería Eléctrica
Prostate Health Education Network (PHEN)

Dr. Xin Gao
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center | Mass General Cancer Center

Dra. Shilpa Gupta
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dr. Thomas Guzzo, magíster en Salud Pública
Abramson Cancer Center at The University of Pennsylvania

Dr. Joseph E. Ippolito, doctor en Medicina
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital y Washington University School of Medicine

*** Dr. R. Jeffrey Barnes**
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dr. Michael Kuettel, magíster en Dirección de Empresas, doctor en Medicina
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dr. Joshua M. Lang, magíster en Ciencias
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Dra. Tamara Lotan
The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins

Dra. Rana R. McKay
UC San Diego Moores Cancer Center

Dr. Todd Morgan
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dr. Julio M. Pow-Sang
Moffitt Cancer Center

Dr. Robert Reiter, magíster en Dirección de Empresas
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dr. Mack Roach, III
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dr. Tyler Robin, doctor en Medicina
University of Colorado Cancer Center

*** Stan Rosenfeld**
University of California San Francisco Patient Services Committee Chair

Dr. Ahmad Shabsigh
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dr. Daniel E. Spratt
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dr. Russell Szmulewitz
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dr. Benjamin A. Teplý
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dr. Jonathan Tward, PhD
Huntsman Cancer Institute at the University of Utah

Dr. Richard Valicenti
UC Davis Comprehensive Cancer Center

*** Dra. Jessica Karen Wong**
Fox Chase Cancer Center

NCCN

Deborah Freedman-Cass, doctor en Medicina

Gerente sénior, Procesos de la Guía

Jenna Snedeker, magíster en Ciencias, ASCP

Científica adjunta/Redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite [NCCN.org/disclosures](https://www.nccn.org/disclosures).

Centros oncológicos de NCCN

Abramson Cancer Center,
Universidad de Pensilvania
Filadelfia, Pensilvania

+1 800.789.7366 • pennmedicine.org/cancer

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio

UH Seidman Cancer Center

+1 800.641.2422 • uhhospitals.org/services/cancer-services

CC Taussig Cancer Institute

+1 866.223.8100 • my.clevelandclinic.org/departments/cancer

Case CCC

+1 216.844.8797 • case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Duarte, California

+1 800.826.4673 • cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center | Mass
General Cancer Center

Boston, Massachusetts

+1 877.442.3324 • youhaveus.org

+1 617.726.5130 • massgeneral.org/cancer-center

Duke Cancer Institute

Durham, Carolina del Norte

+1 888.275.3853 • dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center

Filadelfia, Pensilvania

+1 888.369.2427 • foxchase.org

Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Omaha, Nebraska

+1 402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

Fred Hutchinson Cancer Center

Seattle, Washington

+1 206.667.5000 • fredhutch.org

Huntsman Cancer Institute, Universidad de Utah

Salt Lake City, Utah

+1 800.824.2073 • healthcare.utah.edu/huntsmancancerinstitute

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center

Indianápolis, Indiana

+1 888.600.4822 • www.cancer.iu.edu

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Phoenix/Scottsdale, Arizona

Jacksonville, Florida

Rochester, Minnesota

+1 480.301.8000 • Arizona

+1 904.953.0853 • Florida

+1 507.538.3270 • Minnesota

mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Nueva York, Nueva York

+1 800.525.2225 • mskcc.org

Moffitt Cancer Center

Tampa, Florida

+1 888.663.3488 • moffitt.org

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Birmingham, Alabama

+1 800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center
of Northwestern University

Chicago, Illinois

+1 866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Búfalo, Nueva York

+1 877.275.7724 • roswellpark.org

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital
y Washington University School of Medicine

San Luis, Misuri

+1 800.600.3606 • siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital/

The University of Tennessee Health Science Center

Memphis, Tennessee

+1 866.278.5833 • stjude.org

+1 901.448.5500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute

Stanford, California

+1 877.668.7535 • cancer.stanford.edu

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Columbus, Ohio

+1 800.293.5066 • cancer.osu.edu

The Sidney Kimmel Comprehensive

Cancer Center, Johns Hopkins

Baltimore, Maryland

+1 410.955.8964

www.hopkinskimmeltcancercenter.org

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Chicago, Illinois

+1 773.702.1000 • uchicagomedicine.org/cancer

The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Houston, Texas

+1 844.269.5922 • mdanderson.org

UC Davis Comprehensive Cancer Center

Sacramento, California

+1 916.734.5959 • +1 800.770.9261

health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center

La Jolla, California

+1 858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Los Ángeles, California

+1 310.825.5268 • uclahealth.org/cancer

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center

San Francisco, California

+1 800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center

Aurora, Colorado

+1 720.848.0300 • coloradocancercenter.org

University of Michigan Rogel Cancer Center

Ann Arbor, Michigan

+1 800.865.1125 • rogelcancercenter.org

University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Madison, Wisconsin

+1 608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center

Dallas, Texas

+1 214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Nashville, Tennessee

+1 877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

New Haven, Connecticut

+1 855.4.SMILOW • yalecancercenter.org



**¡Cuéntenos
qué opina!**

Tómese un momento para
completar una encuesta en línea
sobre
NCCN Guidelines for Patients.

NCCN.org/patients/response

Índice

agrandamiento de la próstata (hiperplasia prostática benigna) 6, 15, 27

antígeno prostático específico (PSA) 7, 15, 52, 61–62, 65–66

análisis genéticos 22–23, 33

biomarcador 17, 22–23, 26, 30, 33, 53, 55

biopsia 15, 18, 21–23, 26–30, 32–33, 36–37, 51–53, 55, 58, 60, 65–67

braquiterapia 41–43, 53–54, 56–60

castración (orquiectomía) 44, 62, 68

cirugía de próstata (prostatectomía radical) 11, 23, 36–41, 53–54, 56–58, 60–61, 65–67

densidad del PSA 27, 32, 51, 55

disfunción eréctil 6, 39, 40–41, 43, 45–46

ecografía 18, 21, 27

efectos secundarios sexuales 17, 38, 40–41, 45

ensayo clínico 46–48, 68

estadificación 30–32

examen de tacto rectal 15–16, 30–31, 52

expectativa de vida 26, 30–33, 36–37, 39, 51–60, 62, 65–66

factor de riesgo 8–9, 55, 57, 59

gammagrafía ósea 18, 20–21, 44, 59

Grupo de grado 26, 28–30, 32–33, 37, 51, 53, 55, 57, 59

hormonoterapia (tratamiento de supresión androgénica, TSA) 11, 36, 42–45, 54, 56–62, 65–67, 71

incontinencia urinaria 38–39, 43, 46

linfadenectomía pélvica (PLND) 56–58, 60–61, 66–67

metástasis 9–11, 18–20, 23, 30, 34, 44, 58, 62, 66–67

nomograma 26, 30, 33, 56–57

observación 33, 36–37, 51–54, 56–60, 62, 65

persistencia 65–68

Puntuación de Gleason 28–29, 33

radioterapia de haz externo (RTHE) 41–44, 53–54, 56–62

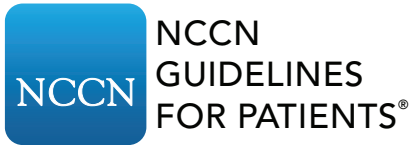
recidiva 18, 20, 26, 37–38, 53–54, 56, 58, 60–62, 65–68

seguimiento activo 11, 18, 22, 33, 36–37, 51–56, 59, 68

tiempo de duplicación del PSA 65

tratamiento complementario 48, 62, 65





Cáncer de próstata en estadio temprano 2024

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

[NCCNFoundation.org/Donate](https://www.nccn.org/Donate)

La traducción de esta NCCN Guidelines for Patients
fue posible gracias al respaldo de Astellas,
Bayer Pharmaceuticals y Janssen Biotech, Inc.