



NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2024

Cáncer de próstata en estadio avanzado



Presentada con el apoyo de



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

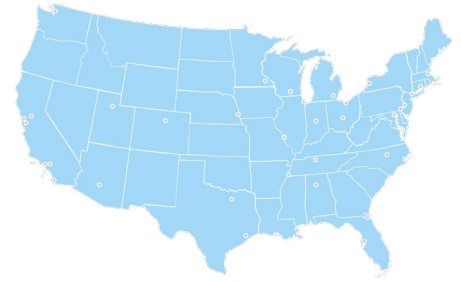
Disponible en Internet en
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)



Acerca de NCCN Guidelines for Patients®



¿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 los siguientes colaboradores 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.nccn.org/donate)

PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

- 4 Nociones básicas sobre el cáncer de próstata
- 12 Estudios para detectar el cáncer de próstata en estadio avanzado
- 24 Tratamientos para el cáncer de próstata
- 37 Opciones de tratamiento del cáncer de próstata regional
- 45 Opciones de tratamiento del cáncer de próstata metastásico
- 56 Tratamiento complementario y otra asistencia
- 62 Toma de decisiones sobre el tratamiento
- 74 Palabras que debe conocer
- 76 Colaboradores de NCCN
- 77 Centros oncológicos de NCCN
- 80 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?
- 6 ¿Cuáles son las causas del cáncer de próstata?
- 8 ¿Qué es el cáncer de próstata en estadio avanzado?
- 10 ¿Se puede curar el cáncer de próstata?
- 10 ¿Cuál es el mejor tratamiento?
- 11 Puntos clave

La próstata es una glándula ubicada en el interior de la zona pélvica. Todas las personas con próstata pueden padecer este tipo de cáncer. 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 es una parte importante del sistema reproductivo masculino. Además de la próstata, el aparato reproductor

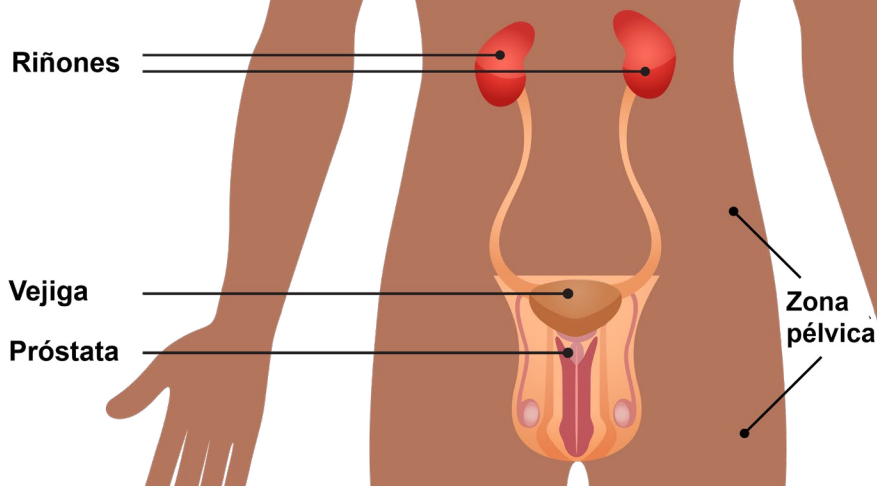
masculino incluye el pene, las vesículas seminales y los testículos.

El cáncer de próstata es uno de los tipos de cáncer más frecuente. El cáncer es el resultado de 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 eliminan las células normales. Esto puede acabar perjudicando al organismo.

Estas células cancerosas pueden vivir 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, en general, 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. No es necesario tener síntomas para tener cáncer de próstata.

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.

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, porque podría necesitar pruebas especiales:

- 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.

¿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.

¿Dónde se encuentra la próstata?

La próstata es una glándula ubicada en la zona pélvica, la zona que se encuentra entre las caderas. La próstata es importante para la reproducción sexual.

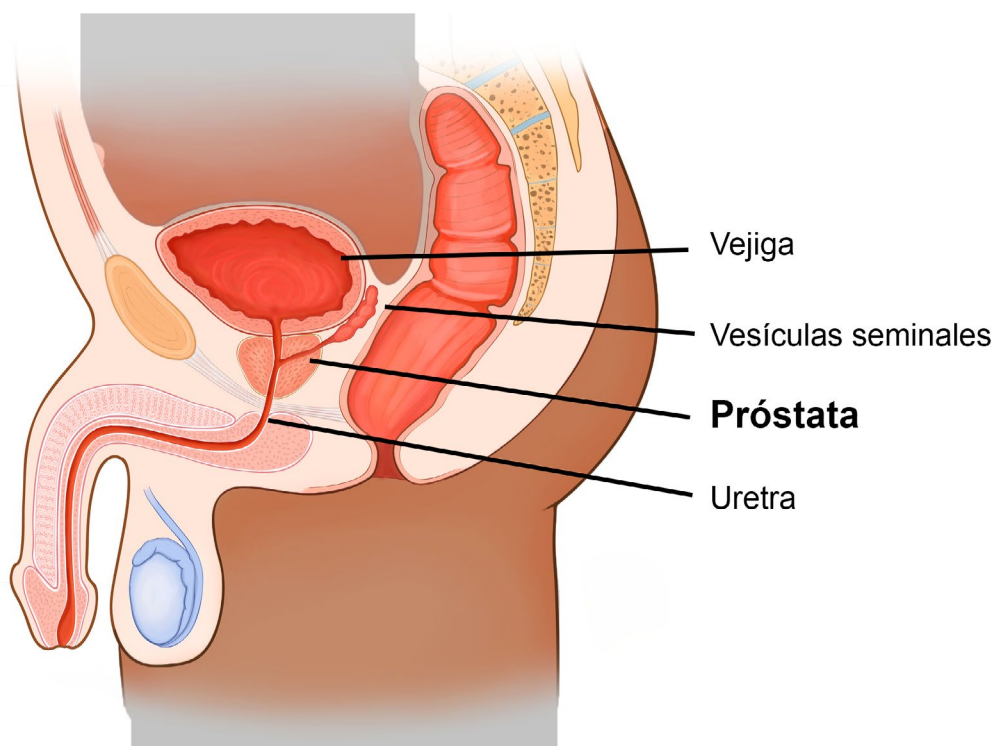
Próstata: Glándula del sistema reproductivo masculino. Una glándula es un órgano que produce fluidos o sustancias químicas que el cuerpo necesita. La glándula prostática produce un líquido que nutre el espermatozoides y facilita su transmisión. Además, la próstata contiene músculos que ayudan a impulsar 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 y almacenan 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.



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 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 y otros tipos de cáncer. Por ejemplo, tener un cambio genético hereditario en el gen *BRCA2* aumenta el riesgo de padecer cáncer de próstata.

También hay anomalías genéticas que no son 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.

Los hombres de origen hispano y asiático tienen menos probabilidades de tener cáncer de próstata que los hombres de raza blanca y negra.

Hay varios puntos que contribuyen con estas diferencias, como barreras para acceder a la atención médica (incluida la detección temprana), también factores biológicos y genéticos, y otras causas. Los investigadores intentan comprender las razones de estas diferencias y qué se puede hacer para mejorar los resultados.

¿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 puede utilizar para describir el tratamiento que podría ser más fuerte o más intenso que otras opciones de tratamiento.

Es conveniente que los hombres de raza negra consulten con sus profesionales de atención médica sobre la conveniencia de someterse a pruebas de detección a una edad más temprana y, tal vez, con una frecuencia mayor que la recomendada para otros hombres.

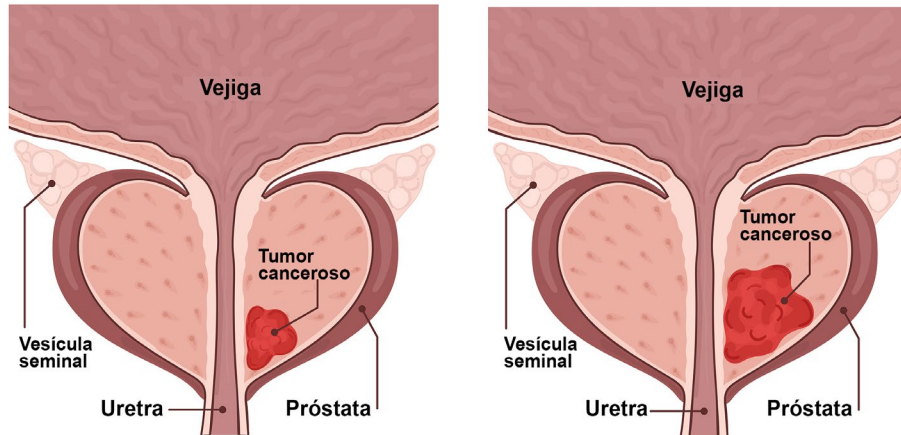
Alimentación y estilo de vida

No se ha demostrado que ningún tipo de alimentación en particular cause el cáncer de próstata ni lo prevenga. 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. El tabaquismo y la obesidad también aumentan los riesgos de desarrollar cáncer de próstata y morir por esta enfermedad.

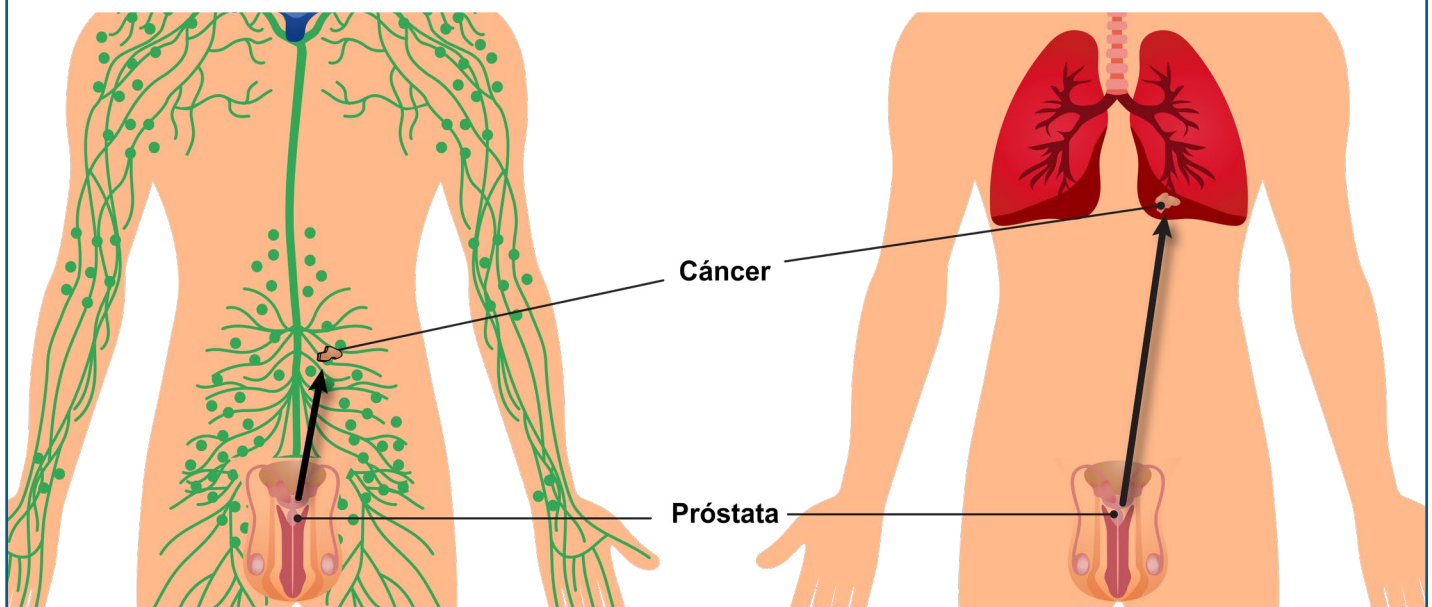
En cambio, quienes comen más fruta y verdura tienen menos riesgo de desarrollar un cáncer de próstata en estadio avanzado. Hacer ejercicio y mantener un peso saludable también puede disminuir la agresividad del cáncer de próstata y la probabilidad de morir debido a esta enfermedad.

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 llegó a otras partes del cuerpo como los ganglios linfáticos distantes (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.



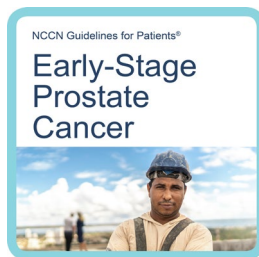
¿Qué es el cáncer de próstata en estadio avanzado?

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.

Puede encontrar más información sobre el cáncer de próstata en estadio temprano en *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de próstata en estadio temprano* en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Estadio avanzado

Estadio avanzado significa que el cáncer se ha extendido fuera de la próstata a otras partes del cuerpo. Esta extensión se denomina metástasis o cáncer metastásico. El cáncer de próstata metastásico podría extenderse a los ganglios linfáticos, los huesos, el hígado, los pulmones y otros órganos.

Este libro trata sobre el cáncer de próstata en estadio avanzado.

- El cáncer que se ha extendido desde la glándula prostática hacia áreas cercanas como los ganglios linfáticos, 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 a distancia o simplemente **cáncer de próstata metastásico**.

¿Cómo se extiende el cáncer de próstata? Las células cancerosas utilizan el torrente sanguíneo como una autopista para viajar a zonas distantes del organismo. Las células cancerosas también se pueden extender a través del sistema linfático. El sistema linfático es una red de órganos y vasos que combate las infecciones y hace circular por todo el cuerpo un líquido transparente llamado linfa.

Una parte normal e importante del sistema linfático son los ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos son pequeños agrupamientos que combaten las enfermedades y filtran el líquido linfático para eliminar los gérmenes. Los vasos y ganglios linfáticos se encuentran en todo el cuerpo.

Algunos pacientes tienen cáncer de próstata en estadio avanzado cuando se los diagnostica por primera vez. Otros presentan cáncer en estadio avanzado después de haber recibido tratamiento para un cáncer en estadio temprano.

¿Se puede curar el cáncer de próstata?

El cáncer de próstata en estadio avanzado suele ser una enfermedad que dura toda la vida. Pero el tratamiento puede ralentizar su evolución, reducir los síntomas y prolongar la vida. Los tratamientos para el cáncer de próstata en estadio avanzado incluyen hormonoterapia, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, tratamiento dirigido, radiofármacos, intervención quirúrgica y otras terapias.

Es cierto que el cáncer de próstata en estadio avanzado puede ser mortal para algunos pacientes. Pero en los últimos años, la mejora de los métodos de detección y los mejores tratamientos han permitido reducir el número de muertes por cáncer de próstata en pacientes de todas las razas y etnias. Muchas personas con cáncer de próstata en estadio avanzado siguen viviendo con el cáncer y, en definitiva, pueden morir de otra cosa.

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.

¿Cuál es el mejor tratamiento?

El mejor tratamiento para el cáncer de próstata es el que es adecuado para usted. Su equipo trabajará con usted para determinar qué tratamientos tienen más posibilidades de combatir su cáncer en particular.

Es importante que su equipo siga las mejores prácticas. Este libro se basa en las mejores prácticas para tratar el cáncer de próstata en estadio avanzado. Las mejores prácticas provienen de las investigaciones más recientes y métodos de los mejores centros oncológicos. Su equipo de atención médica debe personalizar su atención siguiendo las mejores prácticas.

En la actualidad, existen muchas pruebas y tratamientos nuevos para el cáncer de próstata en estadio avanzado. Si es posible, busque atención o una segunda opinión en un centro médico especializado en cáncer de próstata.

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 principal del cáncer de próstata. A medida que envejece, su probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta.
- Tener un pariente cercano con cáncer de próstata significa que usted mismo tiene más probabilidades de tenerlo.
- Todas las personas con próstata tienen riesgo de tener este tipo de cáncer. Las personas de raza negra y las personas con determinadas mutaciones genéticas hereditarias tienen un riesgo mayor.
- 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.
- El cáncer de próstata en estadio avanzado suele ser una enfermedad que dura toda la vida. El tratamiento puede ralentizar su crecimiento, reducir los síntomas y ayudar a prolongar la vida de las personas.

2

Estudios para detectar el cáncer de próstata en estadio avanzado

- 13 Estudios habituales de la próstata
- 14 Antecedentes médicos generales
- 15 Estudios de diagnóstico
- 20 Estudios genéticos
- 21 Estadificación tumoral
- 22 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 22 Puntos clave

Si aún no le han diagnosticado cáncer de próstata, es posible que necesite realizarse varias pruebas y exploraciones para averiguar si lo tiene y si se ha extendido. Estas pruebas y exploraciones ayudarán a su equipo a elaborar el mejor plan para tratar su cáncer de próstata.

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. En este capítulo, se describe qué estudios pueden hacerle y qué debe esperar al realizarse cada uno de ellos. No todas las personas con cáncer de próstata se someterán a todos los estudios que se mencionan aquí.

Cuando vaya a realizarse los estudios, hágalo acompañado por alguien 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 el análisis de PSA y el examen de tacto rectal.

Análisis de PSA

Es un análisis de sangre que mide el nivel de antígeno prostático específico (PSA) en el torrente sanguíneo. El PSA es una proteína que se produce 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.

Examen de tacto rectal

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.

Para esta prueba, el médico introduce un dedo cubierto por un guante en el recto para palpar la

próstata y detectar si hay signos de cáncer. 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.

Antecedentes médicos generales

Antecedentes médicos y examen físico

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 equipo sobre cualquier síntoma que tenga.

Lleve una lista de los medicamentos que toma habitualmente, incluso los de venta libre, las hierbas medicinales o los suplementos. 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 equipo de atención debe saber si los está tomando.

El examen físico es una revisión de su cuerpo para ver si hay signos de enfermedad. El profesional de atención médica puede palpar los ganglios linfáticos agrandados de la ingle, las axilas y el cuello.

Antecedentes familiares

Algunos tipos de cáncer, 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 si algún pariente ha tenido cáncer, a qué edad se le diagnosticó y si alguien murió a causa de ello. Pregunte también a sus familiares por otros problemas de salud, como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes. Comparta esta información con su equipo de atención médica e infórmele de cualquier cambio en sus antecedentes familiares.

¿Toma suplementos?

Lleve una lista de los medicamentos que toma al consultorio de su médico cuando comiencen a realizarle las pruebas. También es importante que informe a su equipo de atención médica si está tomando algún medicamento complementario, especialmente suplementos, vitaminas o hierbas. Algunos de ellos pueden interferir con las pruebas o el tratamiento del cáncer. Esto puede reducir la eficacia del tratamiento o provocar más efectos secundarios.



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 tener la información completa y actualizada de su estado.

Estudios de diagnóstico

Los estudios de diagnóstico se utilizan para confirmar que usted tiene cáncer. También se utilizan para averiguar si el cáncer es localizado o avanzado. Pueden ayudar a planificar el tratamiento después del diagnóstico y a detectar si el cáncer sigue creciendo o extendiéndose después del tratamiento.

Incluyen estudios de diagnóstico por imágenes, biopsias y estudios genéticos.

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).

Después de realizar el estudio, un radiólogo estudiará las imágenes. Un radiólogo es un

Diagnóstico frente a pronóstico

¿Qué diferencia hay entre el diagnóstico y su pronóstico? Estas dos palabras suenan igual, pero son muy diferentes.

Diagnóstico significa detectar una enfermedad basándose en pruebas. Su diagnóstico indica qué enfermedad padece.

Pronóstico es la evolución y el resultado probables de una enfermedad. Su pronóstico predice cómo evolucionará su enfermedad.

médico especializado en la lectura de estudios de diagnóstico por imágenes. El radiólogo enviará los resultados a su equipo de atención. Esta información ayuda a planificar los siguientes pasos de su tratamiento. Su equipo analizará los resultados con usted. No olvide preguntar cualquier duda que tenga.

Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden hacerse antes, durante o después de la biopsia. Estos estudios también se pueden utilizar después del tratamiento para determinar si funcionó y comprobar si el cáncer ha regresado.

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

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 utilizarse para proporcionar una imagen más 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.

Las exploraciones por RM también pueden ayudar a planificar el tratamiento y pueden utilizarse después del tratamiento para comprobar si el cáncer ha regresado (recurrencia).

La sesión de una exploración por 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 puede llevar ningún objeto metálico (como alhajas, teléfonos, reloj pulsera o cinturón con hebillas metálicas) a la sala de diagnóstico por imágenes.

Exploración por TC

Una exploración por tomografía computarizada (TC o TAC) usa rayos X y tecnología para tomar imágenes del interior del cuerpo. En la TC, se

toman varias radiografías de la misma parte del cuerpo desde distintos ángulos. La computadora combina todas las radiografías para obtener una única imagen detallada. La exploración por TC suele realizarse en menos de 30 minutos.

Exploración por TEP

La exploración por tomografía por emisión de positrones (TEP) resalta las células del cuerpo que pueden ser cancerosas. Es posible que le hagan una exploración por TEP después del diagnóstico 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.

La sesión de una exploración por TEP puede durar entre 1 y 2 horas, incluidos unos 30 minutos de la exploración propiamente dicha.

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 puede determinar la extensión del cáncer o si ha hecho metástasis. Este estudio también puede mostrar si el tratamiento está funcionando.



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. Este método combinado se llama exploración por TEP/TC o TEP/RM.

TEP-PSMA

Las exploraciones por TEP utilizan distintos tipos de marcadores. El marcador más común en el cáncer de próstata localiza una proteína denominada antígeno de membrana específico de la próstata (PSMA) en la superficie de las células cancerosas de la próstata. Estas células pueden producir mucho PSMA, entonces, los médicos desarrollaron radiomarcadores que se dirigen a esa proteína específica.

No todas las personas con cáncer de próstata necesitan una exploración por TEP-PSMA. Se utiliza principalmente para controlar la recurrencia del cáncer de próstata. También se utiliza para determinar si el tratamiento dirigido puede tratar determinados casos de cáncer de próstata metastásico.

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.

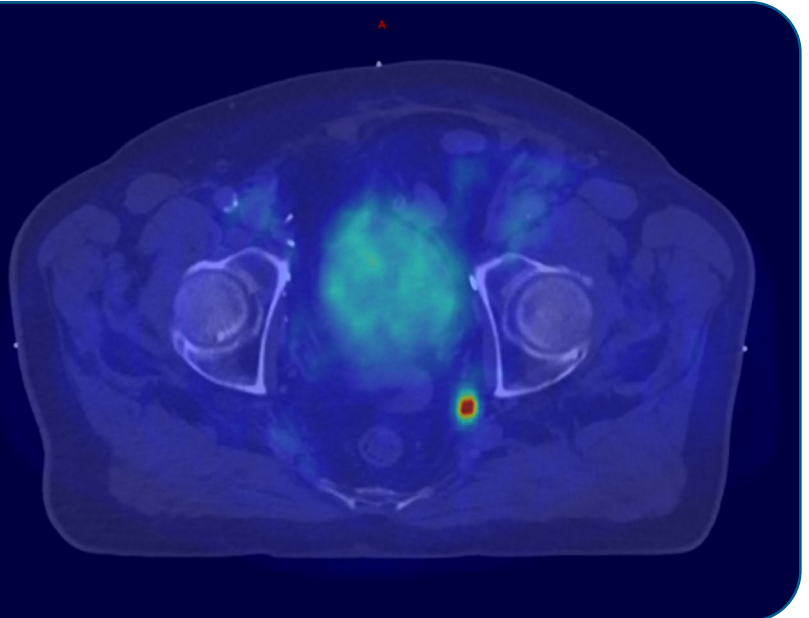
Una cámara especial tomará imágenes del radiomarcador en los huesos. Las zonas con daño óseo absorben más radiomarcador que los huesos sanos. Estas zonas aparecen como puntos brillantes en las exploraciones.

Ecografía

La ecografía se utiliza habitualmente para guiar la biopsia de la próstata. Esto se denomina ecografía transrectal (TRUS).

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.



Durante una biopsia, se introduce una sonda ecográfica en el recto. La sonda tiene el tamaño de un dedo aproximadamente. El dispositivo utiliza ondas sonoras de alta energía para crear una vista de la próstata desde el interior del cuerpo. Estas imágenes permiten al médico cirujano extraer una pequeña muestra de la próstata sin necesidad de realizar una incisión en el abdomen.

En algunos centros, las imágenes de RM guardadas pueden combinarse con ecografías en tiempo real para obtener una vista más detallada que permita realizar una biopsia más precisa. Esto se llama fusión de imágenes RM-TRUS.

Biopsia

Una biopsia es un procedimiento en el que se extrae una muestra de células, fluido o tejido del cuerpo y se analiza para detectar cáncer. Es la principal forma de confirmar si tiene cáncer.

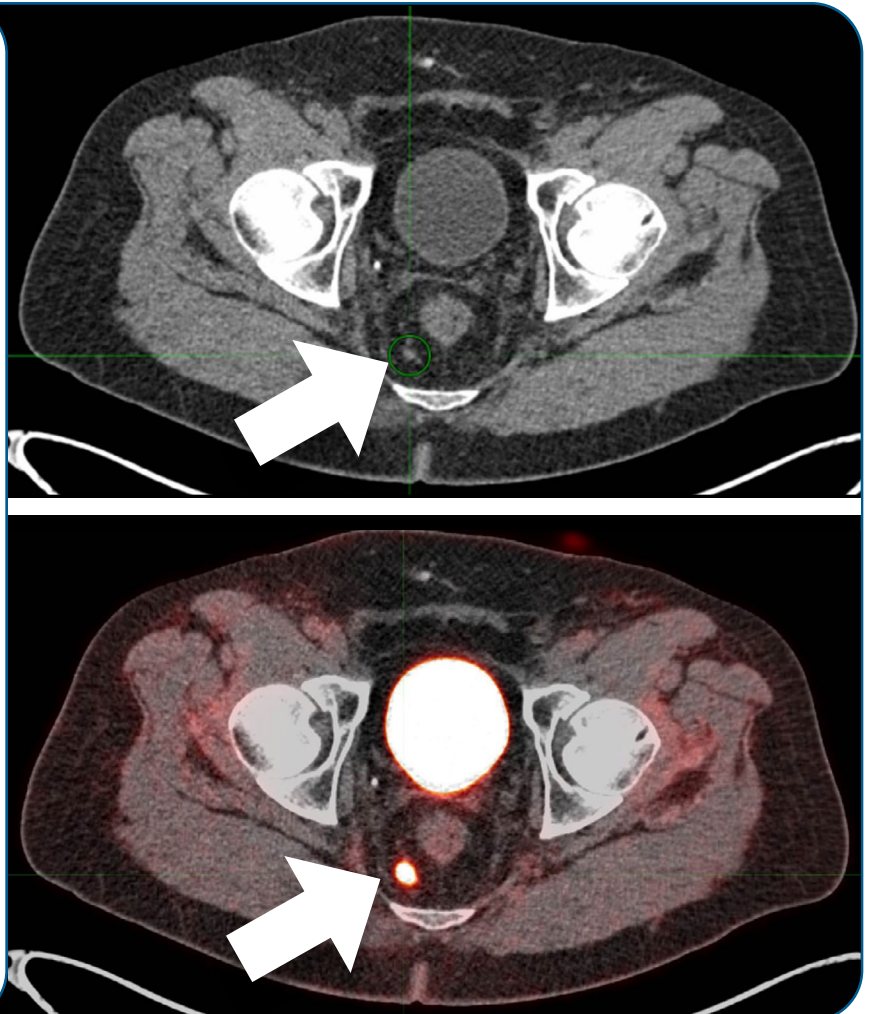
Una biopsia es una prueba invasiva, lo que significa que se toma una muestra del cuerpo (se lo invade). Todas las pruebas invasivas presentan algún riesgo. Los riesgos de la biopsia de próstata incluyen infección, sangrado y dolor. Los médicos usan pruebas invasivas solo cuando es necesario. Usted y su equipo de atención decidirán cuándo debe realizarse una biopsia o si es necesaria.

Exploración por TEP-PSMA del cáncer de próstata

En la exploración por TC de un paciente tratado por cáncer de próstata, se muestra un corte transversal del cuerpo a la altura de la pelvis. La TC indica un ganglio linfático que parece normal (imagen superior).

Sin embargo, una exploración por TEP-PSMA del mismo ganglio linfático muestra células de cáncer de próstata (flecha en la imagen inferior).

Imágenes: University of Chicago Medicine



Una muestra de biopsia puede tomarse de la próstata, de la metástasis (una zona cancerosa que se ha extendido fuera de la próstata) o, a veces, de ambas.

Biopsia de la próstata

Por lo general, la biopsia de próstata 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 perineo (la piel entre el ano y el escroto) o a través del recto.

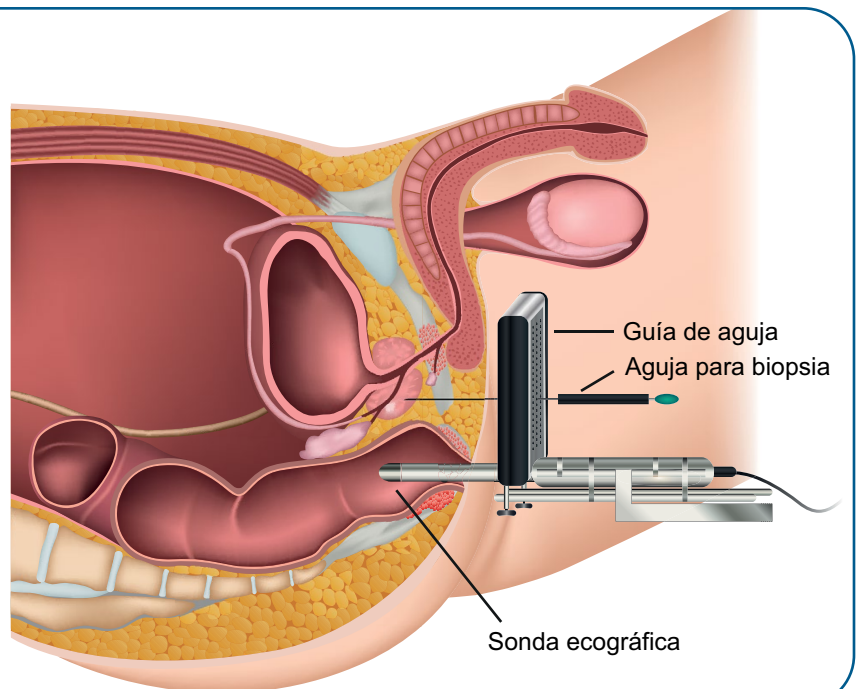
Cuando el urólogo retira la aguja, extrae una pequeña muestra de tejido prostático llamada cilindro tisular. Un cilindro tisular mide solo 1 o 2 milímetros de ancho y unos 12 a 20 milímetros de largo, aproximadamente el ancho de un escarbadienes y la longitud de una pasa de uva. El urólogo suele tomar 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 extraídas las muestras de la biopsia, un especialista llamado anatomopatólogo las examinará con un microscopio y realizará pruebas para detectar células cancerosas. 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 y lo agresivo que puede ser. 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.

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 anatomopatólogo vuelca estos resultados en un informe. Pida a su médico o a otro miembro de su equipo de atención que revise el informe anatomopatológico con usted.

Biopsia de las metástasis

La biopsia de una metástasis puede tomarse de un ganglio linfático, un órgano interno o un hueso. Esta biopsia se realiza de forma similar a la biopsia de próstata, utilizando una aguja hueca para extraer cilindros tisulares.

A veces se toma una muestra de sangre, también llamada “biopsia líquida”, para buscar células cancerosas en la sangre.

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. También es importante saber que una biopsia no hará que el cáncer de próstata se extienda o empeore.

Estudios genéticos

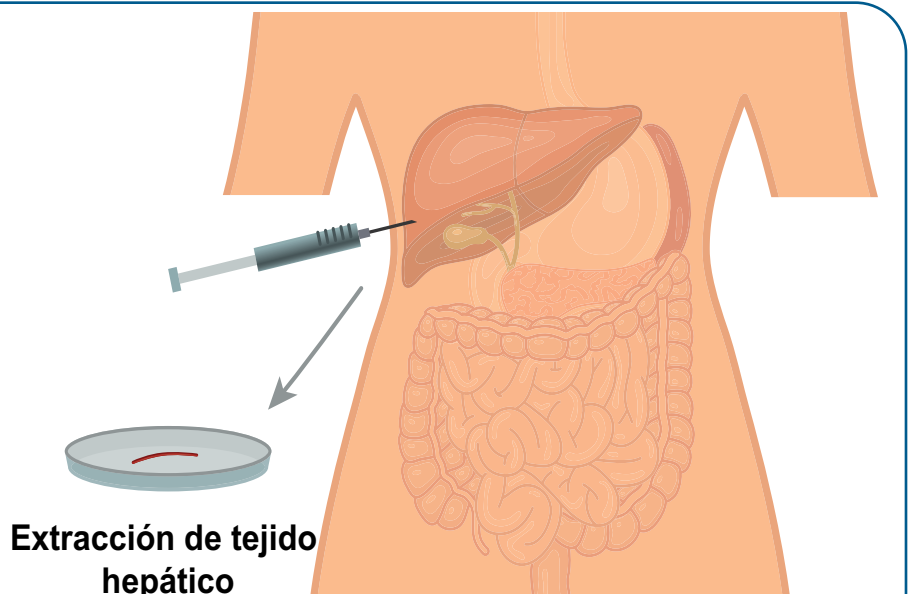
Los estudios genéticos se utilizan para detectar cambios perjudiciales en los genes. Los genes son pequeños segmentos de ADN que se encuentran dentro de cada una de las células. Los genes proporcionan las instrucciones que indican a la célula cómo fabricar las proteínas que desempeñan muchas funciones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

Cada tanto, un gen presenta o desarrolla un cambio, que se denomina mutación, y que daña su funcionamiento. Como resultado de esta mutación, el gen no es capaz de producir una proteína normal, por lo que la proteína no puede realizar su función necesaria. Esto puede afectar a las actividades habituales de la célula, lo que puede provocar enfermedades, 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 en su cuerpo antes de nacer (lo que se denomina una mutación hereditaria o de estirpe germinal) o producirse

Biopsia de las metástasis

El cáncer de próstata puede hacer metástasis en los ganglios linfáticos, los huesos o los órganos internos. En la biopsia de una metástasis (como la que se ve aquí, tomada del hígado) se utiliza una aguja hueca para extraer un pequeño cilindro tisular. El tejido se analiza en un laboratorio para detectar células cancerosas.



por casualidad o por factores ambientales más adelante en la vida (lo que se denomina una mutación adquirida o somática).

Los dos tipos básicos de estudios genéticos utilizados para el tratamiento del cáncer de próstata son los análisis de mutación hereditaria y las pruebas tumorales:

Análisis de mutación hereditaria

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. Sus hermanos y otros familiares también pueden ser portadores de estas mutaciones. Si tiene antecedentes familiares de cáncer, el profesional de atención médica puede indicarle la realización de estudios genéticos para detectar si tiene riesgo hereditario de padecer cáncer. Se trata de estudios de estirpe germinal.

El objetivo de este tipo de estudios genéticos es detectar mutaciones hereditarias (de estirpe germinal) 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, estos estudios suelen buscar cambios característicos en estos genes: *BRCA1*, *BRCA2*, *ATM*, *CHEK2*, *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PALB2*, *PMS2* y otros.

Tener una mutación hereditaria no significa que vaya a padecer cáncer de forma automática. Significa que sus probabilidades de padecer determinados tipos de cáncer son mayores.

Algunas mutaciones pueden ponerlo en riesgo de tener más de un tipo de cáncer. Las mutaciones hereditarias 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 hereditarias en *MSH2*, *MSH6*, *MLH1* y *PMS2* se relacionan con el cáncer colorrectal, el cáncer de útero y otros tipos de cáncer, además del cáncer de próstata.

Si se sospecha que existe un gen hereditario con riesgo de cáncer en función de sus antecedentes médicos o familiares, pregunte por los estudios genéticos. Su profesional de atención médica 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 también ayudarlo a interpretar los resultados de estos estudios.

Se recomienda la realización de estudios genéticos de mutación hereditaria si tiene cáncer de próstata y cualquiera de las siguientes características:

- 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 muy alto, riesgo alto, regional (cáncer en un ganglio linfático) o metastásico, independientemente de los antecedentes familiares.
- Ascendencia judía askenazi.

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

Pruebas tumorales

Las pruebas tumorales (también llamadas pruebas somáticas, análisis molecular de tumores o perfiles tumorales) requieren una muestra de tejido del propio tumor o de una metástasis en un ganglio linfático, hueso, hígado, pulmón u otra zona afectada. También puede proceder de una muestra de sangre, que contendrá el ADN del tumor.

En este tipo de pruebas, la muestra se analiza para ver sus componentes moleculares. Los tumores suelen liberar moléculas que pueden utilizarse como pistas para descubrir y conocer el cáncer. Esta información ayuda a determinar la probabilidad de que el cáncer se extienda a otras partes del cuerpo. También puede ayudar a predecir si el cáncer podría transformarse en un tipo más agresivo.

Es importante destacar que las terapias dirigidas (inhibidores de PARP, por ejemplo) pueden utilizarse contra tipos de cáncer que tienen marcadores moleculares tumorales particulares. Por ello, las pruebas buscan anomalías específicas en una serie de genes que intervienen en la reparación del ADN, como *BRCA1*, *BRCA2*, *ATM*, *PALB2*, *FANCA* y otros.

Estadificación tumoral

Los tumores tienen formas y tamaños diferentes. Por eso no es fácil comparar un tumor con otro. Para resolver este problema, los expertos en oncología crearon el sistema tumor, ganglio, metástasis (TNM, por sus siglas en inglés) para describir cualquier tumor. Este sistema se basa en los resultados de las exploraciones por imágenes, las biopsias y los análisis de sangre.

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 [node, en inglés]):** identifica si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos.
- **M (metástasis):** indica si el cáncer se ha extendido (ha hecho metástasis) a otras partes del cuerpo fuera de la zona pélvica.

Su médico asignará un número a cada letra, en función de los resultados de sus pruebas. Cuanto más alto el número, más grande es el tumor (**T**) o mayor es la extensión (**M**) del cáncer. Estas

Cómo leer la clasificación TNM

Por ejemplo, supongamos que a su cáncer de próstata se le asigna una puntuación TNM de **T4**, **N1**, **M1**. Esta puntuación significa que el tumor ha crecido fuera de la glándula prostática (T4) y se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos (N1) y a una o más partes distantes del cuerpo (M1).

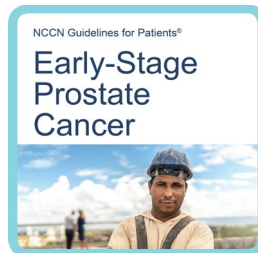
¿Por qué es importante conocer la puntuación TNM? En primer lugar, le permite conocer la extensión de su cáncer. También ayuda a caracterizar su riesgo de que el cáncer se extienda. Su nivel de riesgo ayuda a indicar el tratamiento más adecuado para usted.

puntuaciones se combinan para asignar un “estadio” al cáncer.

La estadificación es una manera de describir la cantidad 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.

La estadificación del cáncer se realiza cuando se diagnostica por primera vez. También puede realizarse después del tratamiento para confirmar que el estadio no ha cambiado.

Las mediciones y evaluaciones que no se tratan en este libro incluyen la densidad del PSA, la puntuación de Gleason, el grupo de grados y los grupos de riesgo. Para obtener más información al respecto, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de próstata en estadio temprano*, disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



¿Cuál es el siguiente paso?

Después de que le hayan realizado todas estas pruebas para confirmar que tiene cáncer de próstata, su equipo de atención médica analizará los resultados de sus pruebas y elaborará con usted un plan de tratamiento.

En el capítulo siguiente, se describen las distintas opciones de tratamiento para el cáncer de próstata en estadio avanzado. Después de ese capítulo, encontrará información sobre cuáles de estos son los mejores tratamientos para usted y su tipo de cáncer específico.

Puntos clave

- Las pruebas se utilizan para planificar el tratamiento y comprobar qué tan bien funciona el tratamiento.
- Un nivel inusualmente alto de PSA en el torrente sanguíneo podría ser un indicio de cáncer de próstata.
- Se utilizan estudios de diagnóstico por imágenes para determinar a qué zonas se ha extendido el cáncer más allá de la próstata. El diagnóstico por imágenes muestra el tamaño y la ubicación del cáncer.
- Una biopsia es un procedimiento en el que se extrae una muestra de células o tejido del cuerpo y se analiza para detectar cáncer.
- Las estudios genéticos se utilizan para detectar cambios anormales (mutaciones) en los genes.
- Una mutación genética hereditaria se produce en todas las células del cuerpo. Una mutación somática se produce por sí sola y solo se encuentra en las células de un tumor.
- Para saber si tiene un riesgo hereditario de cáncer, hable con su médico sobre los estudios de estirpe germinal o pídale que lo derive a un asesor genético.

3

Tratamientos para el cáncer de próstata

- 25 Hormonoterapia
- 29 Tratamiento no hormonal
- 32 Ensayos clínicos
- 34 Tratamiento complementario
- 36 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 36 Puntos clave

Hay más de un tratamiento para el cáncer de próstata en estadio avanzado. En este capítulo, se describen las opciones de tratamiento disponibles y lo que puede esperar de ellas. Hable con su equipo de atención sobre qué tratamiento podría ser el mejor para usted.

El cáncer de próstata es una enfermedad compleja con muchas opciones de tratamiento. Los tratamientos para el cáncer de próstata en estadio avanzado incluyen hormonoterapia y terapias no hormonales como quimioterapia, inmunoterapia, tratamiento dirigido y radioterapia. A menudo, la hormonoterapia se combina con uno o más tratamientos. La combinación de terapias puede ser más eficaz que el uso de cualquiera de ellas por separado.

Hormonoterapia

La hormonoterapia es un tratamiento sistémico (de todo el cuerpo) 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. La palabra clave del TSA

es “supresión”: esta terapia “suprime” (priva de alimento) al cáncer de su principal combustible: los andrógenos. Esto puede reducir el tamaño del tumor o ralentizar 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 realizarse con fármacos reductores de hormonas o mediante la extirpación quirúrgica 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. Mientras que la hormonoterapia farmacológica puede revertirse cuando se interrumpe la medicación, la orquiectomía es permanente y no puede revertirse.

La extirpación quirúrgica de los testículos es mucho menos frecuente hoy en día porque la hormonoterapia sistémica suele ser igual de efectiva para bloquear la testosterona.

¿Qué es el TSA?

El tratamiento de supresión androgénica (TSA) reduce el nivel de testosterona a un valor muy bajo. Los tratamientos con TSA pueden incluir lo siguiente:

- **Agonistas de la LHRH** (goserelina, leuprolida o triptorelina)
- **Agonistas de la LHRH + antiandrógeno** (nilutamida, flutamida o bicalutamida)
- **Antagonista de la LHRH** (degarelix o relugolix)
- **Castración quirúrgica**

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. Es posible que alguna vez haya oído hablar de la leuprolida (Lupron), un agonista de la LHRH de uso común, o del degarelix (Firmagon), un antagonista de la LHRH también de uso habitual. La mayoría de los agonistas de la LHRH y antagonistas de la LHRH son inyecciones. Pueden administrarse mensualmente, o 2, 3 o 4 veces al año. La excepción es relugolix (Orgovyx), un antagonista de la LHRH que se presenta en forma de comprimido que se toma una vez al día. Los antiandrógenos, corticosteroides e inhibidores

de la síntesis de andrógenos también vienen en comprimidos y se toman de 1 a 3 veces al día, según el medicamento. **Consulte la Guía 1.**

Hormonoterapias más recientes

La hormonoterapia ha sido el tratamiento principal para el cáncer de próstata avanzado durante varias décadas. Las hormonoterapias de larga duración (como la bicalutamida, la flutamida y la nilutamida) se siguen utilizando en algunos casos para tratar el cáncer de próstata.

Sin embargo, las hormonoterapias más recientes son mejores para retrasar la propagación del cáncer y prolongar la vida. Estos nuevos fármacos incluyen la abiraterona, la apalutamida, la darolutamida y la

Guía 1

Medicamentos de hormonoterapia para el cáncer de próstata

Los **antiandrógenos** impiden que los receptores de las células del cáncer de próstata reciban testosterona.

apalutamida (Erleada), bicalutamida (Casodex), darolutamida (Nubeqa), enzalutamida (Xtandi), flutamida (Eulexin), nilutamida (Nilandron)

Los **agonistas de la LHRH** impiden la liberación de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH), que hace que los testículos dejen de producir testosterona.

goserelina (Zoladex), leuprolida (Lupron Depot, Eligard), triptorelina (Trelstar)

Los **antagonistas de la LHRH** bloquean o impiden que la glándula pituitaria (situada en el cerebro) produzca LHRH. Esto hace que los testículos dejen de producir testosterona.

degarelix (Firmagon), relugolix (Orgovyx)

Los **inhibidores de la síntesis de andrógenos** bloquean la producción de andrógenos.

abiraterona (Zytiga, Yonsa), ketoconazol (Nizoral)

Los **corticosteroides** (“**corticoides**”) son hormonas sintéticas producidas en un laboratorio que pueden evitar que las glándulas suprarrenales y otros tejidos produzcan testosterona.

dexametasona, hidrocortisona, metilprednisolona, prednisona

enzalutamida. Es posible que su equipo de atención médica se refiera a ellos como hormonoterapia novedosa, avanzada o de nueva generación.

Efectos secundarios de la hormonoterapia

La hormonoterapia puede tener efectos secundarios importantes. Estos varían en cada caso y en función del tipo de hormonoterapia. Muchos otros 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.

La buena noticia es que su equipo de atención médica puede ofrecerle tratamiento complementario para atenuar o revertir muchos de estos efectos.

En general, cuanto más tiempo se recibe hormonoterapia, mayor es el riesgo de sufrir efectos secundarios. Estos pueden incluir cansancio (fatiga), sofocos, cambios de humor, aumento de peso, cambios en la longitud del pene y en el tamaño de los testículos, sensibilidad y crecimiento de los senos y pérdida de masa muscular.

También pueden producirse adelgazamiento y debilitamiento de los huesos (osteoporosis) y fracturas óseas. Al iniciar el TSA, es posible que le realicen un estudio para medir su densidad ósea. Si su densidad ósea es baja, el equipo de atención médica puede recomendarle medicamentos para fortalecer los huesos.

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

Pregunte a su médico sobre el control de la presión sanguínea y los niveles de colesterol. Además, informe a su médico de atención primaria que está recibiendo TSA.

Los agonistas de la LHRH pueden provocar un aumento de la testosterona durante algunas semanas antes de descender a un nivel indetectable. Este aumento se llama repunte de testosterona. Un repunte de testosterona puede causar dolor de huesos y problemas urinarios. Pero estos síntomas desaparecerán tras las primeras semanas de tratamiento. Es posible que le den un medicamento antiandrógeno para prevenir el repunte de testosterona.

Los efectos secundarios sexuales de la hormonoterapia pueden ser una causa importante de estrés. La hormonoterapia puede reducir su deseo sexual y causar disfunción eréctil.

La disfunción eréctil se refiere a tener dificultades para lograr una erección del pene o no poder hacerlo. Los medicamentos para la disfunción eréctil (como Viagra y Cialis) no son tan eficaces para quienes reciben hormonoterapia. Estos medicamentos no mejoran la pérdida del deseo sexual causado por los menores niveles de andrógenos.

Sin embargo, algunos tratamientos que pueden mejorar la función eréctil incluyen inyecciones de medicamentos en el pene, dispositivos de constricción de vacío (“bombas penianas”) o implantes quirúrgicos para producir una erección.

El deseo sexual y la capacidad de erección pueden recuperarse gradualmente tras interrumpir la hormonoterapia, aunque el proceso puede durar hasta un año o más. Algunos pacientes nunca recuperan plenamente la capacidad de tener una erección.

La disfunción eréctil es una de las principales causas de depresión en pacientes con cáncer de próstata. Pregunte a su equipo de atención sobre terapia o asistencia psicológica si tiene problemas debido a la disfunción eréctil o síntomas de depresión. Existe ayuda disponible.

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.

Resistencia a la hormonoterapia

La hormonoterapia puede ser muy eficaz para reducir o ralentizar el crecimiento del cáncer de próstata. Sin embargo, en las personas con cáncer de próstata metastásico, la hormonoterapia puede perder este efecto con el tiempo, incluso cuando el nivel de testosterona es muy bajo.

¿Por qué? Porque el cáncer aprende a sobrevivir sin utilizar mucha testosterona, lo que hace que no le afecte la hormonoterapia. El cáncer puede “resistir” la hormonoterapia. Esto se denomina cáncer de próstata resistente a las hormonas (también llamado cáncer de próstata resistente a la castración).

Es importante saber que el cáncer de próstata resistente a la hormonoterapia sigue siendo tratable. Por ello, la mayoría de las personas con cáncer de próstata resistente a las hormonas

CONSEJO

El ejercicio físico frecuente puede ayudar a reducir los síntomas y los efectos secundarios de la hormonoterapia, entre los que se incluyen los siguientes:

- Aumento de peso
- Fatiga
- Pérdida de masa muscular y ósea

La actividad física también puede mejorar su salud general y hacerlo sentir mejor. Pida a su equipo de atención médica que le recomiende un programa de ejercicios.

siguen recibiendo TSA para mantener un nivel bajo de testosterona.

También se siguen utilizando otros fármacos reductores de hormonas. Estas hormonoterapias suelen combinarse con tratamientos no hormonales como la quimioterapia, el tratamiento dirigido o la inmunoterapia para ayudar a obtener mejores resultados.

Tratamiento no hormonal

La hormonoterapia puede ser el primer tratamiento recomendado para el cáncer de próstata en estadio avanzado, pero no es el único. Otros tratamientos sistémicos que no utilizan hormonas también pueden ralentizar el crecimiento del cáncer, prevenir sus síntomas y prolongar la vida.

Si se le administra un tratamiento no hormonal, es probable que también continúe con el TSA para asegurarse de que su nivel de testosterona se mantiene en el valor más bajo posible.

Consulte la Guía 2.

Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento farmacológico sistémico que daña las células de división rápida de todo el organismo. Las células cancerosas se dividen y multiplican rápidamente, lo que las convierte en un buen objetivo para la quimioterapia.

Pero la quimioterapia también puede dañar las células sanas. Es así como puede causar efectos secundarios. Dado que la quimioterapia puede ser un tratamiento muy difícil de soportar, se recomienda solo para quienes son capaces de tolerarlo físicamente. A pesar de los efectos secundarios, puede ayudar a las personas con cáncer de próstata metastásico a tener una vida significativamente más larga.

La quimioterapia para el cáncer de próstata consiste en un fármaco líquido que se administra mediante infusión intravenosa. Esto significa que se inyecta lentamente en una vena durante un máximo de una hora. Se administra cada 3 semanas durante un total de 6 a 10 veces (ciclos), junto con un corticoide de administración diaria.

Docetaxel

El docetaxel (Taxotere) es el fármaco de quimioterapia más utilizado para tratar a los

pacientes con cáncer de próstata en estadio avanzado. Aunque el docetaxel no puede curar el cáncer de próstata, puede ayudar a prolongar la vida y reducir el dolor y otros síntomas. El docetaxel es una opción para algunas personas que reciben TSA por primera vez. El docetaxel también se usa para tratar las metástasis si el TSA no logra detener el crecimiento del cáncer.

Cabazitaxel

El cabazitaxel (Jevtana) es una opción de quimioterapia si el docetaxel no resulta eficaz. El cabazitaxel no cura el cáncer de próstata, pero puede ayudar a prolongar la vida y reducir el dolor y otros síntomas.

Carboplatino y cisplatino

El carboplatino y el cisplatino son fármacos de quimioterapia a base de platino. A veces se utilizan en pacientes con cáncer en estadio muy avanzado o agresivo. Por lo general, el carboplatino o el cisplatino se combinan con otro fármaco de quimioterapia, como el cabazitaxel o el docetaxel.

Mitoxantrona

La mitoxantrona (Novantrone) se utiliza para aliviar el dolor y disminuir la necesidad de tomar analgésicos. Es una opción si no se toleran otros tratamientos.

Inmunoterapia

El sistema inmunitario es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones y las enfermedades. La inmunoterapia es un tipo de tratamiento sistémico que refuerza la capacidad del sistema inmunitario para detectar y destruir las células cancerosas. La inmunoterapia suele administrarse sola para tratar el cáncer de próstata. Los fármacos de inmunoterapia incluyen sipuleucel-T y pembrolizumab.

Sipuleucel-T

El sipuleucel-T (Provenge) está indicado para las personas con cáncer de próstata metastásico

resistente a las hormonas que presentan pocos síntomas o ninguno. Este medicamento se conoce como una “vacuna contra el cáncer”. Primero, se recolectan las células inmunitarias de su cuerpo y se envían a un laboratorio. Luego, estas células se activan para identificar y atacar las células cancerosas de la próstata. Por último, las células inmunitarias se inyectan de nuevo en el organismo, donde atacan a las células cancerosas.

Pembrolizumab

El pembrolizumab (Keytruda) es un tipo de inmunoterapia denominado inhibidor del punto de control inmunitario. En un pequeño porcentaje de personas cuyo cáncer de próstata se debe a mutaciones genéticas específicas, el pembrolizumab puede restablecer la capacidad del sistema inmunitario para detectar y destruir las células cancerosas.

Guía 2

Tratamientos sistémicos no hormonales para el cáncer de próstata en estadio avanzado

Tipo de tratamiento	Nombre de la marca	Nombre genérico	Presentación del fármaco
Quimioterapias	Taxotere	docetaxel	infusión en una vena
	Jevtana	cabazitaxel	
	Paraplatin	carboplatino	
	Platinol	cisplatino	
	Novantrone	mitoxantrona	
Inmunoterapias	Provenge	sipuleucel-T	infusión en una vena
	Keytruda	pembrolizumab	
Tratamientos dirigidos a biomarcadores	Rubraca	rucaparib	comprimidos
	Lynparza	olaparib (más abiraterona)	
	Akeega	niraparib/abiraterona	
	Talzenna	talazoparib (más enzalutamida)	
Radiofármacos	Pluvicto	lutecio 177	infusión en una vena
	Xofigo	radio 223	
Tratamientos dirigidos a los huesos	Prolia, Xgeva	denosumab	inyección
	Zometa	ácido zoledrónico	
	Fosamax	alendronato	

Tratamiento dirigido a biomarcadores

Este tratamiento se dirige a biomarcadores específicos que se detectan mediante análisis moleculares del tumor. Los tratamientos dirigidos a biomarcadores solo son útiles en pacientes cuyo cáncer de próstata se debe a mutaciones genéticas específicas. Esto incluye mutaciones en *BRCA1*, *BRCA2* y otros genes que reparan el ADN dañado. Aproximadamente 1 de cada 4 pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a las hormonas presenta este tipo de mutación genética.

Entre los tratamientos dirigidos a biomarcadores (también conocidos como inhibidores de PARP) para el cáncer de próstata en estadio avanzado se encuentran el rucaparib (Rubraca), el olaparib (Lynparza), el niraparib y la abiraterona (Akeega), y el talazoparib (Talzenna). Dado que las mutaciones genéticas son diferentes en cada persona, un tratamiento que ayuda a una persona puede no ayudar a otra.

Radiofármacos

Un radiofármaco es un medicamento que contiene una sustancia radiactiva. Esta sustancia radiactiva emite radiación para destruir las células cancerosas. La radiación no se desplaza lejos de las células cancerosas, por lo que el tejido sano circundante permanece prácticamente intacto.

Los radiofármacos se inyectan en una vena (inyección intravenosa). Dado que los radiofármacos se expulsan del cuerpo a través del intestino, los efectos secundarios frecuentes son náuseas, diarrea y vómitos.

Los radiofármacos incluyen el lutecio 177 y el radio 223:

Lutecio 177

El lutecio 177 (Pluvicto) es un radiofármaco dirigido que busca una proteína concreta (antígeno

de membrana específico de la próstata, PSMA) en la superficie de las células del cáncer de próstata en cualquier parte del cuerpo. Cuando el fármaco encuentra el PSMA, se adhiere a las células cancerosas e implanta en ellas una pequeña cantidad de su sustancia radiactiva. Las células cancerosas absorben la radiación del fármaco y mueren.

El lutecio 177 se administra en infusión intravenosa una vez cada 6 semanas hasta un máximo de 6 dosis. Necesitará una exploración por TEP-PSMA para saber si este tratamiento puede funcionar en su caso.

Radio 223

El radio 223 (Xofigo) se utiliza para tratar el cáncer de próstata que ha hecho metástasis en los huesos pero no se ha extendido a otros órganos. El radio 223 se acumula en los huesos y emite radiación que puede destruir las células cancerosas de la próstata. Es una inyección que se administra una vez al mes durante 6 meses. Le harán análisis de sangre antes de cada dosis. Junto con el radio 223 suele administrarse un tratamiento dirigido a los huesos, ya sea denosumab o ácido zoledrónico.

El radio 223 también se utiliza para reducir el dolor de las metástasis óseas.

Radioterapia

La radioterapia utiliza rayos 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.

La radioterapia externa (RTHE, por sus siglas en inglés) es el tipo de radiación que se utiliza para el cáncer de próstata. La RTHE utiliza una máquina que dirige la radiación con precisión al cáncer dentro del cuerpo. La radiación se enfoca

directamente en el cáncer mientras intenta evitar el tejido sano. Esta técnica administra dosis más altas de radiación de forma más segura.

En el caso del cáncer de próstata metastásico, la radioterapia se utiliza principalmente para el tratamiento del cáncer de próstata que reaparece tras el tratamiento inicial (recurrencia). La radioterapia también se utiliza como tratamiento paliativo para aliviar el dolor de las metástasis óseas.

La radioterapia (RTHE) se utiliza con más frecuencia junto con la hormonoterapia como tratamiento inicial para los pacientes que padecen cáncer de próstata regional o en estadio temprano. La RTHE trata la próstata así como los ganglios linfáticos afectados, mientras que la hormonoterapia reduce la testosterona a un nivel mínimo para evitar que el cáncer empeore.

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

Ensayos clínicos

El tratamiento también puede administrarse como parte de un ensayo clínico.

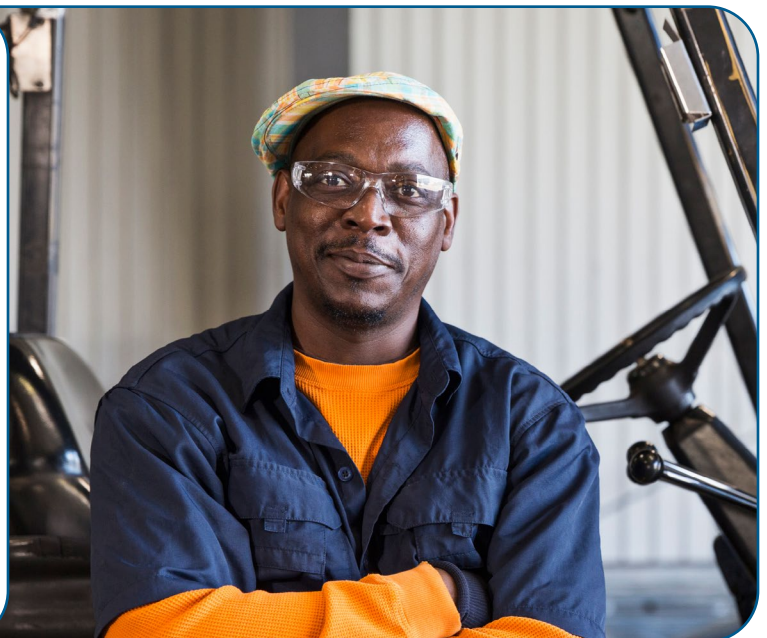
Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Los ensayos clínicos son un medio fundamental para evaluar nuevos enfoques terapéuticos.

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 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.

Los hombres de raza negra tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de próstata y morir por esta enfermedad. Pero es posible que muchos no conozcan las oportunidades que ofrecen los ensayos clínicos. En consecuencia, no se sabe tanto sobre si los nuevos tratamientos pueden funcionar para los hombres de raza negra con cáncer de próstata.

Todas las personas con cáncer pueden solicitar información sobre los ensayos clínicos y deben recibirla. Conocer todas las opciones significa no perder la oportunidad de participar en ensayos clínicos sobre nuevos tratamientos prometedores.



¿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. Además, converse con familiares, amigos u otras personas de su confianza.

Tenga en cuenta que los ensayos clínicos son voluntarios y que puede buscar 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. Pregunte si hay algún ensayo clínico disponible para su caso. 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



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)

de no desanimarse si no puede participar. Siempre surgen ensayos clínicos nuevos.

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.



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”.

¿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, 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.

Según el ensayo, podrá continuar recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tratamiento habitual se factura al seguro y, a menudo, está cubierto 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 (también llamado cuidados paliativos) trata los síntomas del cáncer, los efectos secundarios del tratamiento y otros problemas de salud relacionados. Todos los pacientes con cáncer en estadio avanzado deben recibir tratamiento complementario.

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 el tratamiento suelen tener una mejor calidad de vida y potencialmente mejores resultados.

Tratamiento dirigido a los huesos

El tratamiento complementario puede ser muy útil para los pacientes con metástasis óseas. El cáncer de próstata con metástasis en los huesos puede causar dolor intenso, fracturas (roturas) en los huesos, pérdida de masa ósea (osteoporosis) y compresión de la médula espinal.

Además, algunos tratamientos para el cáncer de próstata, como la hormonoterapia, pueden causar osteoporosis y aumentar el riesgo de fracturas.

Si tiene riesgo de osteoporosis, puede hacerse una prueba de densidad mineral ósea. Se trata de una radiografía especial que mide el nivel de calcio y otros minerales en los huesos. Las pruebas de densidad mineral ósea detectan osteoporosis y ayudan a predecir su riesgo de fracturas.

Debe realizarse una densitometría ósea de seguimiento después de recibir hormonoterapia durante 1 año. Es posible que también le realicen un análisis de sangre para controlar la función renal y los niveles de calcio.

Los medicamentos que se dirigen a los huesos pueden ayudar a aliviar el dolor óseo y reducir

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 informarle:

- Una explicación de los posibles beneficios y daños de cada opción de tratamiento.
- La probabilidad de cura, recurrencia, 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 informarle 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.

el riesgo de problemas relacionados. Algunos medicamentos actúan retardando o deteniendo la degradación ósea, mientras que otros ayudan a aumentar su espesor. Entre estos fármacos se incluyen Prolia (denosumab), Xgeva (denosumab), Zometa (ácido zoledrónico) y Fosamax (alendronato).

Para obtener más información sobre el tratamiento complementario, consulte el capítulo 6.

¿Cuál es el siguiente paso?

En este capítulo se han descrito las opciones de tratamiento disponibles para el cáncer de próstata en estadio avanzado, que incluye tanto el cáncer de próstata regional como el cáncer de próstata metastásico.

Si le han diagnosticado cáncer de próstata regional, consulte el capítulo siguiente para conocer las terapias habituales que se incluyen en su plan de tratamiento.

Si le han diagnosticado cáncer de próstata metastásico, consulte el capítulo 5 para conocer las opciones de tratamiento habituales (y no habituales) para este tipo de cáncer en estadio avanzado.

Puntos clave

- La testosterona ayuda a que crezca el cáncer de próstata.
- 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.
- Con el tiempo, la hormonoterapia puede perder la eficacia contra el cáncer de próstata. Este se convierte en un cáncer de próstata resistente a las hormonas.
- La hormonoterapia suele combinarse con uno o más tratamientos, que pueden ser más eficaces en conjunto para ralentizar o reducir el cáncer de próstata en estadio avanzado.
- Otros tratamientos utilizados con la hormonoterapia para el cáncer de próstata en estadio avanzado son la quimioterapia, la inmunoterapia, el tratamiento dirigido, los radiofármacos y la radioterapia.
- La hormonoterapia puede causar varios posibles efectos secundarios. Pero se dispone de tratamientos y terapias.
- El tratamiento complementario alivia los síntomas causados por el cáncer y los efectos secundarios producidos por su tratamiento. A todas las personas con cáncer de próstata en estadio avanzado se les debe ofrecer tratamiento complementario.

4

Opciones de tratamiento del cáncer de próstata regional

- 38 Acerca del cáncer de próstata regional
- 38 Tratamiento
- 42 Seguimiento después del tratamiento
- 44 Tratamiento de la persistencia o la recurrencia
- 44 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 44 Puntos clave

El cáncer de próstata regional se ha extendido fuera de la glándula prostática a zonas cercanas, como los ganglios linfáticos, pero no más allá. Suele requerir tratamiento local y sistémico (en todo el cuerpo).

Acerca del cáncer de próstata regional

El cáncer de próstata regional es un cáncer que se ha extendido desde la glándula prostática a los tejidos vecinos, como los ganglios linfáticos cercanos, la vejiga o el recto. Pero no se ha extendido más allá. (Para obtener más información sobre el cáncer de próstata que se ha extendido a ganglios linfáticos, huesos u órganos distantes, consulte el capítulo 5). El cáncer de próstata regional también se denomina a veces cáncer de próstata localmente avanzado.

Tratamiento

La principal preocupación sobre el cáncer de próstata que se extiende fuera de la próstata es que podría seguir extendiéndose (hacer metástasis) a otras zonas del cuerpo. Por ello, el tratamiento del cáncer de próstata regional es más agresivo que el del cáncer de próstata en estadio temprano.

El tratamiento se dirige tanto al cáncer de la próstata como al que se encuentra fuera de ella. Por eso suele incluir tanto tratamiento local (radioterapia o cirugía de próstata) como sistémico (hormonoterapia).

Las opciones de tratamiento también se basan en la expectativa de vida y los síntomas.

Cuanto mayor sea la expectativa de vida y el número de síntomas, más agresivo será el tratamiento. **Consulte la Guía 3.**

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 podría ser 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.

Expectativa de vida: más de 5 años o presenta síntomas

Si su expectativa de vida es superior a 5 años o si presenta síntomas, el tratamiento habitual incluye:

Radioterapia

La radioterapia externa (RTHE) junto con la hormonoterapia a largo plazo más abiraterona (Zytiga) es el tratamiento inicial preferido para los pacientes que tienen cáncer de próstata regional y una mayor expectativa de vida o que presentan más síntomas. Los tratamientos preferidos son los que tienen más pruebas científicas de que funcionan bien.

La RTHE trata la próstata así como los ganglios linfáticos afectados, mientras que la hormonoterapia a largo plazo reduce la testosterona a un nivel mínimo para evitar que el cáncer empeore. La hormonoterapia a largo plazo se administra antes, durante y después de la RTHE durante 2 a 3 años.

Hormonoterapia

La hormonoterapia a largo plazo consiste en un tratamiento de supresión androgénica (TSA) más abiraterona, un inhibidor androgénico. Si está tomando abiraterona, también deberá tomar un corticoide para reducir los efectos secundarios de la abiraterona.

Otra opción para el tratamiento inicial es la radioterapia más TSA a largo plazo (de 2 a 3 años) sin la adición de abiraterona. Esta puede ser una opción para quienes no pueden tomar abiraterona debido a otros problemas de salud.

El TSA por sí solo es una opción para los pacientes con cáncer de próstata regional que tienen otros problemas de salud importantes o que ponen en peligro su vida. La abiraterona puede añadirse al TSA, lo que puede ayudar a prolongar

la vida de los pacientes, aunque también puede conllevar más efectos secundarios.

Cirugía de próstata

La prostatectomía significa extirpar la glándula prostática a través de una cirugía. En la prostatectomía radical se extirpa no solo toda la próstata, sino también el tejido circundante y las vesículas seminales. La linfadenectomía pélvica (PLND) es un procedimiento para extirpar los ganglios linfáticos cercanos.

La prostatectomía radical con PLND es una opción de tratamiento solo en determinados casos de cáncer de próstata regional. Se utiliza en los siguientes casos:

- El tumor solo se encuentra en la próstata.
- El tumor se puede extirpar por completo con cirugía.

Guía 3

Grupo de riesgo regional: opciones de tratamiento inicial

Expectativa de vida	Tratamiento
Más de 5 años o presenta síntomas	RTHE CON TSA + abiraterona + corticoides (opción preferida)
	RTHE con TSA
	TSA con o sin abiraterona
	Prostatectomía radical y linfadenectomía pélvica Tratamiento adicional: <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento (opción preferida) • RTHE con o sin TSA • TSA con o sin RTHE
5 años o menos y no presenta síntomas	Observación
	TSA

- 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.

No obstante, algunas veces los haces de 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. Este daño puede tener efectos secundarios.

Entre los posibles efectos secundarios de la prostatectomía radical se encuentran la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil.

La incontinencia urinaria (no poder retener la orina) suele ser temporal. La mayoría de los

pacientes recuperan gradualmente el control de la vejiga después de unos meses. Hacer ejercicios para fortalecer el suelo pélvico puede ayudar. Si la incontinencia sigue siendo un problema, puede realizarse otra intervención quirúrgica para mejorarla.

La disfunción eréctil puede mejorar lentamente entre varios meses y 2 años después de la intervención. Sin embargo, es posible que no recupere nunca la misma función eréctil que solía tener. Las opciones de tratamiento 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.

La disfunción eréctil es una de las principales causas de depresión en pacientes con cáncer de próstata. 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. Existe ayuda disponible.

Aproximadamente 1 de cada 8 personas diagnosticadas con cáncer de próstata tiene un cáncer de próstata regional.



Tratamiento adicional después de la cirugía de próstata

Dado que el médico cirujano puede ver el interior de su cuerpo durante la cirugía de próstata, a menudo se revelan más detalles sobre su enfermedad. Es posible que el cáncer se haya extendido a los ganglios linfáticos cercanos. O puede haber otros signos de cáncer tras la extirpación de la próstata. En cualquiera de los casos, es posible que tenga que someterse a un tratamiento adicional en algún momento después de la intervención.

Si hay signos de cáncer remanente pero no metástasis en los ganglios linfáticos, el tratamiento adicional consiste en una RTHE con o sin hormonoterapia añadida.

Pero el tratamiento adicional, como cualquier otro tratamiento, conlleva cierto riesgo de efectos secundarios. Por ello, en lugar de una terapia activa, su equipo de atención médica puede sugerirle que retrase el tratamiento adicional pero que se someta a pruebas periódicas hasta que empiecen a aparecer signos o síntomas (como un aumento del nivel de PSA). Esto se denomina seguimiento.

Si la cirugía de próstata muestra que el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos, el seguimiento puede ser una opción. Si, por el contrario, se recomienda una terapia activa, el tratamiento consiste en TSA con o sin RTHE.



Yo me sometí a una prostatectomía radical. Como el cáncer de próstata estaba muy cerca de un haz de nervios, opté por extirparlo también. Esto no me preocupó porque aprendí que hay otras formas de tener una erección. Quería vivir para ver crecer a mis nietos, ¡y ya lo han hecho!”.

Expectativa de vida: 5 años o menos y no presenta síntomas

El tratamiento es menos agresivo para las personas con cáncer de próstata regional con una expectativa de vida de 5 años o menos y que no presentan síntomas:

Observación

La observación es una opción para los pacientes con una expectativa de vida de 5 años o menos. Es para quienes tienen otros problemas de salud 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 tratamiento de alivio del dolor (paliativo).

TSA

El TSA por sí solo es una opción para los pacientes con enfermedad regional, sin síntomas y con una expectativa de vida de 5 años o menos. Se utiliza para ralentizar el cáncer y retrasar o atenuar los síntomas. El TSA puede incluir un agonista de la LHRH, un antagonista de la LHRH o la extirpación quirúrgica de los testículos.

Seguimiento después del tratamiento

Después del tratamiento inicial, se le realizarán pruebas de seguimiento para averiguar si la terapia ha funcionado. Los análisis periódicos del antígeno prostático específico (PSA) y los estudios de diagnóstico por imágenes esporádicos pueden indicar si el cáncer está bajo control.

PSA muy bajo o indetectable

Si el PSA es muy bajo después de la radioterapia o indetectable después de la cirugía de próstata, se lo vigilará para detectar la recurrencia del cáncer.

El seguimiento incluye análisis de PSA cada 6 a 12 meses durante varios años. Los pacientes con alto riesgo de recurrencia se harán en análisis de PSA con más frecuencia, por ejemplo cada 3 meses. Se lo seguirá controlando de forma continua o hasta que aparezcan signos o síntomas.

PSA elevado o en aumento

Si el PSA no desciende hasta un nivel indetectable después de la cirugía de próstata, es posible que siga teniendo cáncer (persistencia). O bien, si su PSA desciende tras el tratamiento inicial pero luego vuelve a subir, probablemente significa que el cáncer ha reaparecido (recurrencia). En cualquiera de los dos casos, existe la posibilidad de seguir con el tratamiento.

Tratamiento de la persistencia o la recurrencia

En caso de persistencia o recurrencia del PSA tras el tratamiento inicial, su expectativa de vida determinará el siguiente tratamiento.

Más de 5 años

Antes de decidirse por algún tratamiento, necesitará hacerse algunos estudios más para averiguar qué tan agresivo puede ser el cáncer. Los estudios incluyen el tiempo de duplicación del PSA; el diagnóstico por imagen con TC, RM o TEP de cuerpo entero; y posiblemente una biopsia. Los resultados de estos estudios determinarán su próximo tratamiento.

Además, el tratamiento de la persistencia o recurrencia del cáncer se basa en si su tratamiento inicial para el cáncer de próstata regional fue radioterapia o cirugía de próstata. **Consulte la Guía 4.**

5 años o menos

Si su expectativa de vida es de 5 años o menos, la observación puede ser una opción mejor que someterse a tratamiento. La observación implica controlar su cáncer de próstata y vigilar los síntomas.

Si se presentan síntomas, el tratamiento suele centrarse en el alivio o la detención de los síntomas en lugar de tratar de curar el cáncer. Esto permite que los pacientes mantengan una buena calidad de vida sin la carga de un tratamiento innecesario.

Guía 4**Tratamiento de la persistencia o recurrencia del PSA**

Tratamiento inicial	Resultados del diagnóstico por imágenes	Opciones de tratamiento
Prostatectomía radical	No hay otros signos de cáncer	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia con o sin hormonoterapia (opción preferida) • Seguimiento
	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 o Cáncer solo en la próstata	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsia • Seguimiento • Hormonoterapia • Prostatectomía radical • Crioterapia • Ultrasonido focalizado de alta intensidad • Más radioterapia
	Cáncer en los ganglios linfáticos pélvicos	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsia • Seguimiento • Hormonoterapia con o sin abiraterona • Radioterapia de los ganglios linfáticos pélvicos con o sin hormonoterapia • Linfadenectomía pélvica 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 el cáncer de próstata regional, y quizás para la persistencia o la recurrencia 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, realizarse controles de PSA periódicos 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/recurrencia.

Si el cáncer reaparece, pero se extiende a otra zona del cuerpo, necesitará un tratamiento más avanzado. Consulte en el capítulo siguiente las opciones de tratamiento para el cáncer de próstata metastásico.

Puntos clave

- El cáncer de próstata regional se ha extendido desde la glándula prostática al tejido cercano, pero no más allá.
- La principal preocupación acerca del cáncer de próstata regional es que pueda seguir extendiéndose a otras zonas del cuerpo.
- El tratamiento del cáncer de próstata regional suele incluir tanto tratamiento local como sistémico.
- El tratamiento inicial preferido para el cáncer de próstata regional en personas con una expectativa de vida más larga o con síntomas es la radioterapia externa (RTHE), el tratamiento de supresión androgénica (TSA) de largo plazo y la abiraterona.
- El tratamiento es menos agresivo para las personas con cáncer de próstata regional cuya expectativa de vida es de 5 años o menos y que no presentan síntomas.
- La persistencia del antígeno prostático específico (PSA) se produce cuando el PSA no desciende a un nivel indetectable. Esto indica que el cáncer no ha desaparecido.
- La recurrencia del PSA se produce cuando el nivel de PSA desciende tras el tratamiento inicial, pero luego vuelve a aumentar. Esto indica que el cáncer ha regresado.

5

Opciones de tratamiento del cáncer de próstata metastásico

- 46 Acerca del cáncer de próstata metastásico
- 46 Tratamiento principal
- 47 Tratamiento sensible a las hormonas
- 49 Tratamiento resistente a las hormonas
- 55 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 55 Puntos clave

Cuando el cáncer de próstata se extiende a otras partes del cuerpo, es necesario un tratamiento sistémico (en todo el cuerpo). En este capítulo, se explican las opciones de tratamiento del cáncer de próstata metastásico a distancia.

Acerca del cáncer de próstata metastásico

El cáncer de próstata metastásico es un cáncer que se ha extendido (ha hecho metástasis) fuera de la próstata y más allá de la pelvis a otras zonas del cuerpo.

Las zonas a las que suele extenderse el cáncer de próstata son las siguientes

- **Ganglios linfáticos** más alejados de la próstata
- **Huesos** de la columna vertebral, la pelvis o las costillas
- **Órganos** como el hígado, los pulmones, el cerebro u otros

Es posible que tenga cáncer metastásico cuando se le diagnostique por primera vez. O bien, el cáncer puede hacer metástasis después de haber recibido tratamiento para el cáncer de próstata regional o en estadio temprano.

El cáncer de próstata metastásico puede ser difícil de tratar. Sin embargo, existen diversos tipos de tratamiento para tratar el cáncer, detener o ralentizar su avance, reducir los síntomas y prolongar la vida.

Tratamiento principal

El tratamiento principal para el cáncer de próstata metastásico es la hormonoterapia, específicamente el tratamiento de supresión androgénica (TSA).

El objetivo del tratamiento es reducir los andrógenos (principalmente la testosterona) hasta un punto en el que no sirvan de combustible para el cáncer. Este punto bajo se denomina nivel de castración, que es cuando la concentración de testosterona en el torrente sanguíneo es prácticamente cero.

Los pacientes con cáncer de próstata metastásico recién diagnosticado comenzarán un TSA para reducir la testosterona hasta el nivel de castración. Los pacientes con cáncer de próstata metastásico que ya están siendo tratados con TSA continuarán el tratamiento para mantener la testosterona en un nivel mínimo.

El TSA se presenta en varias formas. Entre ellas se encuentran los fármacos (un agonista de la LHRH con o sin un antiandrógeno, o un antagonista de la LHRH) o, en ocasiones, la cirugía (extirpación de los testículos).

Aunque el TSA es el tratamiento principal para el cáncer de próstata en estadio avanzado, ya no suele administrarse por sí solo. Añadir una o dos tratamientos adicionales al TSA puede ayudarle a vivir más tiempo y con menos síntomas.

Los tratamientos adicionales incluyen una segunda hormonoterapia, quimioterapia, inmunoterapia, tratamiento dirigido y radiofármacos. Es posible que le llamen tratamiento doble (TSA + otro tratamiento) o tratamiento triple (TSA + dos tratamientos adicionales).

El tratamiento adicional que reciba dependerá de una serie de consideraciones. La primera consideración es si el TSA sigue siendo eficaz para usted. En términos médicos, ¿su cáncer es **resistente** a las hormonas o **sensible** a las hormonas?

El **cáncer de próstata resistente a las hormonas** (también denominado cáncer de próstata resistente a la castración) es un cáncer que aprende a crecer sin utilizar la testosterona como combustible. Como resultado, la hormonoterapia ya no es tan eficaz contra este cáncer: la mayor parte del cáncer se vuelve “resistente” al TSA.

Si ha recibido TSA pero ya no le funciona bien, consulte la página 49 para informarse sobre las opciones de tratamiento para el cáncer de próstata metastásico resistente a las hormonas.

El **cáncer de próstata sensible a las hormonas** (también llamado cáncer de próstata sensible a la castración) no está siendo tratado actualmente con TSA o nunca ha sido tratado con TSA. (Esto **no** incluye el TSA administrado

como tratamiento adicional a corto plazo, como la hormonoterapia administrada durante la radioterapia). Como resultado, este cáncer es “sensible” a la hormonoterapia. Es decir, la hormonoterapia se puede seguir utilizando para tratarlo. También es posible que lo conozca por su nombre anterior, cáncer de próstata sin castración, que significa que la hormonoterapia es un tratamiento nuevo (no se lo ha recibido antes) para el cáncer.

Si esto describe el tipo de cáncer que usted tiene, consulte la siguiente sección sobre las opciones de tratamiento para el cáncer de próstata sensible a las hormonas.

Tratamiento sensible a las hormonas

Como su nombre indica, el cáncer de próstata metastásico sensible a las hormonas se trata principalmente con hormonoterapia. El TSA se considera la primera hormonoterapia. Sin embargo, para tratar el cáncer de próstata en

“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”.



estadio avanzado se suele añadir al TSA un segundo tratamiento reductor de hormonas. Este tratamiento puede impedir que el cáncer crezca y se extienda más. **Consulte la Guía 5.**

Tratamientos preferidos

Los tratamientos preferidos son los que tienen más pruebas científicas de que funcionan bien. Las opciones de tratamiento preferidas para el cáncer de próstata sensible a las hormonas incluyen el TSA más un segundo fármaco reductor de hormonas. Según las investigaciones médicas, los pacientes que reciben TSA más otro fármaco reductor de hormonas tienden a vivir más tiempo que los que solo reciben TSA. Los segundos fármacos reductores de hormonas preferidos son la abiraterona, la apalutamida y la enzalutamida. Su equipo de atención médica hablará con usted sobre qué medicamento puede ser el más adecuado para usted.

Si le recetan abiraterona, también le administrarán un corticoide. El corticoide ayuda a reducir los efectos secundarios de la abiraterona.

Otros tratamientos preferidos para el cáncer de próstata metastásico sensible a las hormonas son las opciones de tratamiento triple: TSA más un fármaco de quimioterapia (docetaxel) más un fármaco reductor de hormonas (abiraterona o darolutamida).

Esto supone una gran cantidad de medicamentos. Por lo tanto, el tratamiento triple solo se recomienda a las personas que padecen un cáncer de próstata de gran volumen y que, además, pueden tolerar físicamente la quimioterapia mientras reciben hormonoterapia y otros tratamientos. Cáncer de próstata de gran volumen significa tener múltiples metástasis en los huesos o al menos una metástasis en un órgano interno. (El cáncer de próstata que se ha extendido a un órgano interno se denomina metástasis visceral).

Guía 5

Opciones de tratamiento para el cáncer de próstata sensible a las hormonas

Opciones recomendadas	TSA	+ abiraterona (Zytiga) + corticoides
	TSA	+ apalutamida (Erleada)
	TSA	+ enzalutamida (Xtandi)
	TSA + quimioterapia (docetaxel)	+ abiraterona (Zytiga) + corticoides darolutamida (Nubeqa)
Otras opciones	TSA	+ radioterapia (RTHE)
	TSA	+ radioterapia (RTHE) + abiraterona

Otros tratamientos

Cáncer de próstata de poco volumen significa tener ninguna o pocas metástasis en huesos o algunas metástasis en ganglios linfáticos distantes, sin metástasis en órganos internos.

Para los pacientes con cáncer de próstata sensible a las hormonas de poco volumen, se recomienda TSA más radioterapia externa (RTHE) en las metástasis para ayudar a impedir que el cáncer se extienda más. En algunos casos, se administra abiraterona (o quimioterapia con docetaxel) además de TSA y RTHE para conseguir un efecto más potente.

Por lo general, el TSA utilizado por sí solo no se recomienda para el cáncer de próstata metastásico sensible a las hormonas, salvo en el caso de pacientes que no puedan soportar los efectos secundarios o tomar otros medicamentos.

Consultas de seguimiento

Después del tratamiento, se le realizarán pruebas de seguimiento periódicas para comprobar la eficacia del tratamiento y detectar cualquier signo o síntoma de que el cáncer ha regresado.

Si las pruebas de seguimiento revelan que el tratamiento no está funcionando y que el cáncer de próstata sensible a las hormonas está creciendo o extendiéndose, es posible que haya desarrollado un cáncer de próstata resistente a las hormonas. Este tema se trata a continuación.

Tratamiento resistente a las hormonas

El cáncer de próstata metastásico resistente a las hormonas es un cáncer que sigue creciendo incluso cuando la testosterona está en un nivel muy bajo. ¿Cómo? Algunas células cancerosas aprenden a sobrevivir sin el suministro habitual de testosterona. Además, el cáncer puede obtener algunos andrógenos de las glándulas suprarrenales, que producen una pequeña cantidad de testosterona. Incluso el propio tumor puede crear andrógenos que ayuden a crecer a las células cancerosas. A medida que estas células se multiplican, el TSA pierde gradualmente su eficacia contra el cáncer.

TSA

Para tratar el cáncer de próstata metastásico resistente a las hormonas, es necesario que su testosterona se mantenga al nivel de castración. Por lo tanto, sigue siendo importante continuar con el TSA. Su equipo de atención médica puede mantenerlo con el mismo TSA o solicitarle que cambie a otro medicamento.

Además del TSA, su equipo de atención médica le recomendará otros tratamientos. **Consulte las Guías 6 y 7.** El tratamiento que reciba dependerá de distintos factores. Estos incluyen:

- Su tratamiento anterior (si lo ha recibido).
- Localización de la metástasis en el cuerpo.
- Extensión de la enfermedad metastásica.
- Síntomas.
- Posibles efectos secundarios.
- Sus preferencias.

Además del TSA, los tratamientos para el cáncer de próstata metastásico resistente a las

hormonas incluyen una segunda hormonoterapia, quimioterapia, inmunoterapia, tratamientos dirigidos a biomarcadores y radiofármacos, o una combinación de estos tratamientos.

Si se le diagnosticó por primera vez un cáncer de próstata en estadio temprano o un cáncer de próstata sensible a las hormonas, es posible que ya haya recibido TSA y quimioterapia u hormonoterapia de nueva generación. Haber recibido cualquiera de estas terapias afectará al tratamiento que reciba a continuación.

Segunda hormonoterapia

El TSA es la primera hormonoterapia que se utiliza para tratar el cáncer de próstata metastásico. Si el cáncer de próstata se hace resistente a las hormonas, se suele añadir una segunda hormonoterapia. Una segunda hormonoterapia puede ralentizar el cáncer o impedir que se extienda más. Las opciones preferidas de segunda hormonoterapia incluyen los tratamientos hormonales más recientes (de nueva generación):

- Abiraterona (Zytiga)
- Enzalutamida (Xtandi)

Otra segunda hormonoterapia

Si las segundas hormonoterapias preferidas no consiguen ralentizar el cáncer, existen otras opciones de reducción hormonal:

- Añadir uno de los antiandrógenos de primera generación (nilutamida, flutamida o bicalutamida) puede ser eficaz si no es posible recurrir a las hormonoterapias más recientes debido a su costo o disponibilidad.
- También puede ser eficaz suspender un antiandrógeno. A veces, la suspensión del fármaco tiene el efecto contrario de reducir los niveles de PSA en algunos pacientes.

- Un corticoide (hidrocortisona, prednisona o dexametasona) puede ser un tratamiento hormonal reductor en sí mismo cuando se utiliza junto con el TSA.
- El ketoconazol (Nizoral) es una píldora que se prescribe ocasionalmente cuando no se puede utilizar o no está disponible una segunda hormonoterapia o quimioterapia. Se administra junto con un corticoide (hidrocortisona) para reducir los efectos secundarios, como las náuseas y los vómitos.

Quimioterapia

El TSA más quimioterapia puede ser el primer tratamiento para el cáncer de próstata metastásico o puede administrarse más adelante si otros tratamientos no han funcionado bien. La quimioterapia puede administrarse como fármaco único (por ejemplo, docetaxel) o en conjunto con otro (cabazitaxel y carboplatino) si el cáncer es más agresivo.

El docetaxel es la opción preferida de quimioterapia. Otros fármacos para quimioterapia pueden utilizarse en determinados casos. Entre ellos están el cabazitaxel, el cisplatino, el carboplatino y la mitoxantrona.

También puede tomar un corticoide (prednisona o dexametasona) para reducir los efectos secundarios de la quimioterapia.

Inmunoterapia

Los fármacos de inmunoterapia refuerzan el sistema inmunitario del propio organismo para combatir el cáncer. Sin embargo, la inmunoterapia para el cáncer de próstata se utiliza solo en determinados pacientes. Entre los fármacos de inmunoterapia se incluyen los siguientes:

- Sipuleucel-T (Provenge), que puede utilizarse en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a las hormonas que presentan pocos síntomas o ninguno. Estos pacientes suelen tener una cantidad menor de cáncer y un sistema inmunitario más fuerte, lo que permite que esta inmunoterapia sea más eficaz. El uso de sipuleucel-T no está recomendado en pacientes con cáncer de próstata que se ha extendido a órganos internos.

- Pembrolizumab (Keytruda), que se recomienda solo para pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a las hormonas que ha crecido o se ha extendido después de haber recibido quimioterapia y una segunda hormonoterapia. Los resultados de los estudios realizados a los pacientes también mostrarán cambios genéticos específicos (defectos en el ADN denominados deficiencia de reparación de desajustes deficiente y alta inestabilidad microsatelital).

Tratamiento dirigido

Los tratamientos dirigidos a biomarcadores solo son útiles en pacientes cuyo cáncer de próstata metastásico resistente a las hormonas está relacionado con mutaciones genéticas

Guía 6

Opciones de tratamiento para el cáncer de próstata resistente a las hormonas

	Tipo de tratamiento	Tratamiento	En qué momento
Opciones recomendadas	Segunda hormonoterapia	TSA + abiraterona (Zytiga) + corticoides	Tratamiento inicial
		TSA + enzalutamida (Xtandi)	Tratamiento inicial
	Quimioterapia	TSA + docetaxel (Taxotere) + corticoides	Tratamiento inicial
Otras opciones	Segunda hormonoterapia	TSA + antiandrógeno (iniciar uno o suspender uno)	Solo si ya ha recibido tratamiento inicial.
		TSA + corticosteroides	Solo si ya ha recibido tratamiento inicial.
		TSA + ketoconazol (Nizoral) + hidrocortisona	Solo si ya ha recibido tratamiento inicial.

Guía 7**Opciones de tratamiento para casos específicos de cáncer de próstata resistente a las hormonas**

Caso específico	Tratamiento
Si tiene pocos síntomas o ninguno y el cáncer de próstata no se ha extendido a otros órganos internos	TSA + sipuleucel-T (Provenge)
Si tiene una mutación del gen <i>BRCA</i> y no ha recibido tratamiento para el cáncer de próstata resistente a las hormonas	TSA + niraparib/abiraterona (Akeega) + prednisona
	TSA + olaparib (Lynparza) + abiraterona (Zytiga) + corticoides
Si tiene una mutación del gen <i>BRCA</i> y ya ha sido tratado con hormonoterapia y quimioterapia	TSA + rucaparib (Rubraca)
Si tiene una mutación del gen reparador del ADN (<i>BRCA</i> u otro) y no ha recibido tratamiento para el cáncer de próstata resistente a las hormonas	TSA + talazoparib (Talzenna) + enzalutamida (Xtandi)
Si tiene una mutación del gen reparador del ADN (<i>BRCA</i> u otro) y ya fue tratado con hormonoterapia	TSA + olaparib (Lynparza)
Si tiene cáncer de próstata metastásico agresivo o más de una mutación genética, y el docetaxel no es una buena opción	TSA + cabazitaxel (Jevtana) + corticoides, con o sin carboplatino
Si necesita aliviar el dolor pero no puede recibir otros tratamientos	TSA + mitoxantrona (Novantrone) + prednisona
Si tiene metástasis óseas que causan síntomas pero no tiene otras metástasis	TSA + radio 223 (Xofigo)
Si su cáncer de próstata produce PSMA y ya ha recibido hormonoterapia y quimioterapia	TSA + lutecio 177 (Pluvicto)
Si tiene determinadas mutaciones genéticas (alta inestabilidad microsatelital o alta carga mutacional tumoral) y ya fue tratado con hormonoterapia y quimioterapia	TSA + pembrolizumab (Keytruda)

específicas. Estos fármacos se denominan inhibidores de PARP porque se dirigen a la PARP, una proteína que las células utilizan para reparar el ADN dañado. Los tratamientos dirigidos a biomarcadores incluyen lo siguiente:

- Olaparib (Lynparza) más abiraterona y puede utilizarse un corticoide en pacientes con una mutación en el gen *BRCA* antes de someterse a una segunda hormonoterapia o quimioterapia. Olaparib también puede utilizarse en pacientes cuyo cáncer metastásico ha crecido o se ha extendido después de una segunda hormonoterapia (abiraterona o enzalutamida) y que tienen una mutación en un gen *BRCA* u otro gen que repara el ADN.
- Rucaparib (Rubraca) puede utilizarse en pacientes con una mutación en el gen *BRCA* cuyo cáncer ya ha sido tratado con una segunda hormonoterapia y quimioterapia (docetaxel o cabazitaxel).
- Niraparib y abiraterona (Akeega) más prednisona es un nuevo tratamiento dirigido para pacientes con una mutación del gen *BRCA*. Los pacientes también deben estar recibiendo un agonista de la LHRH, un antagonista de la LHRH o haberse sometido a una orquiectomía (extirpación quirúrgica de los testículos).
- Talazoparib (Talzenna), administrado junto con enzalutamida (Xtandi), es otro nuevo tratamiento dirigido para pacientes con una mutación en un gen *BRCA* u otro gen reparador del ADN.

Radiofármacos

Si el tratamiento inicial u otros tratamientos no han funcionado bien, el equipo de atención médica puede indicarle un radiofármaco.

- El lutecio 177 (Pluvicto) no se utiliza hasta después de haber administrado una segunda hormonoterapia y quimioterapia (docetaxel o cabazitaxel). Primero, se le hará una exploración por TEP-PSMA para confirmar que el tratamiento puede funcionar.
- El radio 223 (Xofigo) puede utilizarse si el cáncer de próstata se ha extendido principalmente a los huesos, pero no a los órganos internos. Solo debe utilizarse en combinación con TSA, no con una segunda hormonoterapia o quimioterapia.

Ensayo clínico

Participar en un ensayo clínico suele ser una opción. Puede intentar participar en un ensayo clínico en cualquier momento. No hace falta que espere hasta creer que no tiene más opciones.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario para pacientes con metástasis óseas incluye lo siguiente:

- **Tratamiento dirigido a los huesos:** denosumab o ácido zoledrónico para ayudar a prevenir las fracturas.
- **Radioterapia paliativa:** radiación directa a tumores óseos que causan dolor o que interfieren con las funciones corporales.
- **Otros tratamientos:** suplementos de calcio o vitamina D para ayudar a prevenir las fracturas.

Consultas de seguimiento

Después del tratamiento, se le realizarán pruebas de seguimiento periódicas para comprobar la eficacia del tratamiento y los efectos secundarios del mismo. Las pruebas incluyen lo siguiente:

- Exploración física con análisis de PSA cada 3 a 6 meses o con mayor frecuencia.
- Estudios de diagnóstico por imágenes si aparecen síntomas de cáncer.
- Estudios de diagnóstico por imágenes según sea necesario para detectar el crecimiento o la extensión del cáncer.

Sin crecimiento ni extensión

Si el cáncer no crece ni se extiende, es posible que su tratamiento actual lo esté manteniendo bajo control. Su profesional de atención médica seguirá haciéndole pruebas. Si su estado permanece estable, seguirá con su tratamiento actual a menos que empiecen a producirse cambios o síntomas.

Con crecimiento o extensión

Si el cáncer crece o se extiende, el equipo de atención médica puede sugerirle que vuelva a probar un tratamiento anterior o que intente con un tratamiento nuevo y diferente. Muchos pacientes con cáncer de próstata en estadio avanzado suelen recibir dos, tres o más terapias diferentes durante el tratamiento.

Si es posible, considere todas las opciones de tratamiento. Hable con su equipo sobre qué desea obtener del tratamiento. Puede pedir una segunda opinión antes de iniciar otro tratamiento. Puede explorar cualquier ensayo clínico que esté disponible. Además, siempre tiene la opción de interrumpir el tratamiento sistémico.

Se le seguirán ofreciendo tratamientos complementarios.

Muchos pacientes con cáncer de próstata en estadio avanzado suelen recibir dos, tres o más terapias diferentes durante el tratamiento.



¿Cuál es el siguiente paso?

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.

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.

Puntos clave

- El cáncer de próstata metastásico se ha extendido fuera de la próstata y más allá de la pelvis a otras zonas del cuerpo, como ganglios linfáticos, huesos u órganos distantes.
- El primer tratamiento para el cáncer de próstata metastásico en estadio avanzado suele ser el TSA. Añadir uno o dos tratamientos más al TSA puede ayudarle a vivir más tiempo y con menos síntomas.
- El cáncer de próstata **sensible** a las hormonas se trata principalmente con hormonoterapia.
- El cáncer de próstata **resistente** a las hormonas ha aprendido a crecer sin utilizar la testosterona como combustible. Se trata con TSA y otro tipo de tratamiento, a menudo una hormonoterapia más reciente o quimioterapia.
- La segunda hormonoterapia suele añadirse al TSA como opción de tratamiento preferida para el cáncer de próstata en estadio avanzado.
- El cáncer de próstata y su tratamiento pueden hacerle sentir frustración, ira, remordimiento, desesperación e incertidumbre. Sepa que aún puede recuperar la felicidad tras el diagnóstico y el tratamiento.

6

Tratamiento complementario y otra asistencia

- 57 Tratamiento complementario
- 58 Preocupaciones económicas
- 59 Supervivencia
- 59 Planificación anticipada de la atención
- 61 Puntos clave

El tratamiento complementario aborda los síntomas y efectos secundarios del cáncer de próstata, así como cuestiones psicológicas, sociales, económicas y espirituales. Hay muchos recursos disponibles para ayudarlo a sentirse mejor y responder a sus preguntas.

La principal preocupación de la mayoría de los pacientes con cáncer es encontrar un tratamiento que funcione. Sin embargo, el cáncer no se limita al tratamiento. El tratamiento del cáncer puede ser una montaña rusa que incluye muchos desafíos físicos y emocionales adicionales. Es importante que sepa que puede obtener apoyo para estos desafíos.



Informe a su médico si tiene sentimientos inusuales de tristeza, pérdida de interés por las actividades, ansiedad y problemas para dormir. Muchas personas tienen estos sentimientos, y no deben quedar sin tratamiento”.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario sirve para aliviar los síntomas del cáncer, los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos y otros problemas de salud relacionados con el cáncer. El tratamiento complementario también ayuda en cuestiones psicológicas, sociales y espirituales.

El tratamiento complementario se aplica en cualquier estadio de la enfermedad, no solo al final de la vida.

El tratamiento complementario afecta a todos los aspectos de la persona, no solo a su cáncer. El tratamiento complementario responde a muchas necesidades. Puede ayudar a tomar decisiones sobre el tratamiento. Asimismo puede ayudar con la coordinación del tratamiento entre los distintos profesionales. En particular, el tratamiento complementario puede ayudar a prevenir o tratar los síntomas físicos y emocionales. También puede ayudar con el apoyo económico, la planificación anticipada de la atención y las preocupaciones relacionadas con el final de la vida.

Es importante que hable francamente con su equipo de atención médica sobre el tratamiento complementario. Algunos centros médicos cuentan con orientadores de pacientes u otros miembros del personal que coordinan los tratamientos complementarios no clínicos. Haga preguntas y póngase en contacto con ellos si necesita más información sobre el tratamiento complementario.

Ansiedad y depresión

Muchas personas con cáncer de próstata presentan síntomas de angustia, como ansiedad y depresión. Es posible que sienta ansiedad durante las pruebas, o que padezca depresión durante una parte difícil del tratamiento, o porque su vida ya no es la misma que antes del cáncer. Informe a su equipo de atención médica si tiene estos síntomas para que puedan ayudarlo.

La ayuda puede incluir grupos de apoyo, psicoterapia o medicamentos. En su centro oncológico, encontrará orientadores de pacientes, trabajadores sociales y otros expertos que pueden ayudarlo. Algunas personas también se sienten mejor haciendo ejercicio, hablando con sus seres queridos o relajándose.

Grupos de apoyo

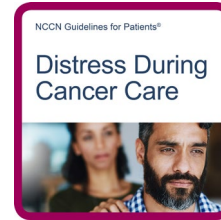
Muchas personas con diagnóstico de cáncer consideran útiles los grupos de apoyo. Un grupo de apoyo ofrece la oportunidad de hablar con otras personas que están pasando o han pasado por experiencias similares. Los grupos de apoyo suelen incluir a personas en diferentes etapas del tratamiento. Algunas pueden estar recién diagnosticadas, mientras que otras pueden haber terminado el tratamiento. Si no hay grupos de apoyo para personas con cáncer en su hospital o en su comunidad, consulte los recursos en Internet que aparecen en la página 72 de este libro.

Preocupaciones económicas

El tratamiento del cáncer de próstata puede tener un costo económico abrumador. Por ello, muchas personas con cáncer de próstata y sus seres queridos luchan para hacer frente al costo del tratamiento, así como al estrés que conlleva pagarlo.

Para empeorar las cosas, es posible que falte al trabajo durante el tratamiento o se quede sin empleo. También puede tener problemas para pagar o conseguir medicamentos. Quizás tenga un seguro de salud modesto, o no tenga uno.

Si tiene problemas para pagar la comida, la vivienda, el tratamiento, la atención de seguimiento y otros gastos, o tiene dificultades para acudir a las citas, hable con el trabajador social de su equipo de atención médica, el orientador de pacientes y el



Es importante pedir ayuda

La depresión, la ansiedad, el miedo y la angustia son sentimientos muy habituales en las personas con cáncer. Estos sentimientos pueden dificultar la lucha contra el cáncer y su tratamiento. Pueden frenarlo incluso cuando quiere seguir adelante.

Obtener ayuda cuando siente preocupación o desesperanza es una parte importante del tratamiento del cáncer. Si siente ansiedad o agobio, pida ayuda a su equipo de atención médica.

Puede encontrar más información sobre el cáncer y la angustia en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](https://www.nccn.org/patientguidelines).

personal de servicios financieros del hospital. Ellos pueden ayudarlo a encontrar ayuda económica y opciones de transporte.

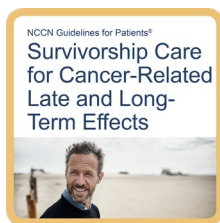
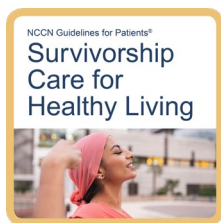
También puede hablar con su equipo de atención médica sobre los problemas que tenga con el trabajo, el seguro médico o las finanzas. En el plan de tratamiento, su equipo puede incluir información para ayudarlo a gestionar sus finanzas y costos médicos. Si sus médicos y cuidadores no hablan de cómo pagar el tratamiento, está bien que usted les pregunte antes.

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 del cáncer 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 recurrencia 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: Atención a los sobrevivientes para una vida saludable y 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](#).



Planificación anticipada de la atención

Cuando el cáncer se diagnostica en una fase avanzada o sigue avanzando a pesar de todos los esfuerzos de tratamiento, puede ser el momento

Considerar la calidad de vida

Calidad de vida es un término que se utiliza a menudo en la atención oncológica. Se refiere al disfrute general de la vida de una persona, incluida su sensación de bienestar y su capacidad para participar en las actividades habituales. Para algunas personas, el tratamiento agresivo del cáncer puede prolongar su existencia pero reducir su calidad de vida. Esta es una de las razones por las que la calidad de vida debe tenerse muy en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento del cáncer.

de plantearse qué le espera en el futuro. Incluso cuando el cáncer es curable, se debe empezar a hablar del futuro al iniciar el tratamiento. Esta exploración de lo que es importante para usted se denomina planificación anticipada de la atención.

La planificación anticipada de la atención es para todos, no solo para las personas que están muy enfermas. La planificación anticipada de la atención significa decidir qué cuidados desearía recibir en caso de no poder tomar decisiones médicas por sí mismo. Es una manera de cerciorarse de que sus deseos se entiendan y se respeten.

El objetivo es que usted reciba los mejores cuidados posibles al final de su vida. Los pacientes con cáncer incurable pueden establecer con tiempo una planificación anticipada de la atención que les ayude a sentirse menos estresados y más capaces de afrontar su enfermedad.

El proceso de planificación anticipada de la atención médica comienza con una conversación

franca y honesta con su equipo de atención médica sobre su pronóstico (lo que puede experimentar en los próximos meses) y los medicamentos o tratamientos que pueden ofrecerle la mejor calidad de vida. La calidad de vida se refiere al disfrute general de la vida de una persona, incluida su sensación de bienestar y su capacidad para participar en sus actividades habituales. Esta conversación debe incluir a personas importantes en su vida, como su cónyuge o pareja y los familiares o amigos que probablemente le acompañen al final de su vida.

Deje en claro sus deseos. Es importante que todos comprendan claramente los objetivos de su atención y sus deseos personales sobre lo que debe hacerse y lo que no. Puede decidir si hay un punto en el que desee interrumpir el tratamiento del cáncer. También puede decidir qué tratamientos desea para aliviar los síntomas.

Una vez que haya tomado estas decisiones, deberá completar un documento legal en el que se explique lo que desea que se haga en caso de que no pueda comunicárselo usted mismo a su equipo de atención médica. Este documento se denomina directiva anticipada. Los profesionales de atención médica están obligados a seguir las instrucciones

de un documento de voluntades anticipadas cuando usted esté demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención.

Informe a su equipo de atención médica y a su familia sobre sus voluntades anticipadas y su contenido. Entregue una copia de sus voluntades anticipadas a todos sus médicos. Asegúrese de entregar una copia a cualquier persona a la que haya autorizado a tomar decisiones en su nombre (apoderado para asuntos médicos). Si su familia o sus seres queridos no están de acuerdo con su planificación, hable con su equipo de atención médica. A veces, ellos u otros especialistas pueden ayudarlos a usted y a su familia a superar estas difíciles conversaciones.

Puede modificar su plan anticipado de atención en cualquier momento. Las conversaciones frecuentes con su equipo de atención pueden ser de gran ayuda.

Consideraciones para el final de la vida

Los cuidados al final de la vida proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a las personas que están cerca del final de la vida, así como a sus seres queridos. El objetivo es el bienestar, no la curación. También pueden denominarse

Muchas personas con diagnóstico de cáncer consideran útiles los grupos de apoyo.

Un grupo de apoyo ofrece la oportunidad de hablar con otras personas que están pasando o han pasado por experiencias similares.



cuidados paliativos o cuidados terminales. Tenga en cuenta que los cuidados paliativos son un tipo especial de atención al final de la vida. Los cuidados terminales se refieren específicamente a una prestación del seguro para personas con una expectativa de vida de 6 meses o menos. Los cuidados terminales ayudan a las personas que se encuentran al final de la vida aportando proveedores de cuidados y recursos adicionales, como la atención domiciliaria.

El objetivo de los cuidados al final de la vida es dar a las personas la mejor vida posible en el tiempo que les queda. Los cuidados pueden prestarse en el hogar, en un centro de cuidados paliativos o incluso en el hospital. Uno de los principales objetivos es que no sienta dolor y asegurarse de que pueda dejar este mundo cómodamente y con dignidad. Los médicos, enfermeras, trabajadores sociales y capellanes especializados en cuidados paliativos son expertos en ayudar a los pacientes a superar los desafíos espirituales y emocionales que supone afrontar el final de la vida.

Proporcionar apoyo a los familiares es una parte fundamental de los cuidados paliativos. La mayoría de los programas ofrecen asesoramiento y grupos de apoyo a los familiares, incluso después de la muerte del paciente. Esto se conoce como duelo. Puede ser muy reconfortante saber que sus seres queridos contarán con ese tipo de apoyo cuando usted ya no esté.



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.”

Puntos clave

- El tratamiento complementario sirve para aliviar los síntomas y los efectos secundarios, así como para otros problemas de salud relacionados con el cáncer.
- El tratamiento complementario se aplica en cualquier estadio de la enfermedad, no solo al final de la vida.
- El tratamiento complementario afecta a todos los aspectos de la persona, no solo a su cáncer.
- Muchas personas con cáncer de próstata presentan ansiedad y depresión. Existe ayuda disponible.
- Un grupo de apoyo ofrece la oportunidad de hablar con otras personas que han pasado por experiencias similares.
- Para obtener ayuda económica y opciones de transporte, hable con el trabajador social de su equipo de atención médica, el orientador de pacientes y el personal de los servicios financieros del hospital.
- La planificación anticipada de la atención se realiza para garantizar que se comprenden y respetan sus deseos del final de la vida.

7

Toma de decisiones sobre el tratamiento

63 Es su decisión

64 Preguntas para hacer

72 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. Al tomar decisiones compartidas, usted y su equipo de atención comparten información, conversan sobre las opciones y se ponen de acuerdo respecto del 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 de atención.

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 hormonoterapia o la radioterapia.
- 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. Sopese 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 y estudios de diagnóstico por imágenes al médico que le dará una segunda opinión.



Cuestiones en las que pensar a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento

Considere todas las opciones. No hay respuestas “correctas”. La decisión correcta es la mejor para usted. Considerar:

Sus preferencias personales	frente a	Las recomendaciones de los profesionales de atención médica
Recibir un tratamiento definitivo	frente a	Mantener abiertas otras opciones de tratamiento
Longevidad	frente a	Calidad de vida
Viajar para recibir el tratamiento	frente a	Quedarse cerca del hogar y la familia
Recibir más tratamiento	frente a	Tener más efectos secundarios
Someterse ahora a un tratamiento estándar cubierto por su plan de salud	frente a	Esperar un tratamiento especializado, que requiere la aprobación de su plan de salud

Preguntas para hacer

En las páginas que siguen, hay posibles preguntas para hacerle a los profesionales 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 plan de salud 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. ¿Sugiere opciones diferentes a las que recomienda NCCN? Si es así, ¿por qué?
3. ¿Qué pasa si no hago nada?
4. ¿Alguna alternativa ofrece una cura o control del cáncer a largo plazo?
5. ¿De qué manera repercuten en mis opciones la edad, los antecedentes familiares, el sexo, mi estado de salud general y otros factores?
6. ¿Duele el tratamiento?
7. ¿Cuánto tiempo tengo para decidir sobre el tratamiento? ¿Hay algún asistente social o alguien que pueda ayudarme a decidir?
8. ¿Existen opciones de ensayos clínicos para mí?
9. ¿Cómo puedo obtener una segunda opinión?

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 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?

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 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 faltar al trabajo o a clase?
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?

Recursos

AnCan Foundation

ancan.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)

naspcc.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 (HPB).

anatomopatólogo

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

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 de membrana específico de la próstata (PSMA)

Proteína que se encuentra en la superficie de las células del cáncer de próstata. El PSMA es un biomarcador de las células del cáncer de próstata.

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.

cáncer de próstata en estadio avanzado

El cáncer se ha extendido fuera de la próstata a otras partes del cuerpo. Esto incluye el cáncer de próstata regional y metastásico.

cáncer de próstata en estadio temprano

Cáncer de próstata que permanece dentro de la próstata y suele crecer lentamente.

cáncer de próstata metastásico

El cáncer que se extiende más allá de la próstata a otras partes del cuerpo.

cáncer de próstata regional

El cáncer que se ha extendido desde la próstata a las zonas vecinas, pero no más allá.

castración

Cirugía mediante la que se extirpan los testículos o medicamentos que inhiben la función de los testículos para reducir al mínimo los niveles de testosterona.

disfunción eréctil

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

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.

ganglios linfáticos

Pequeñas agrupaciones repartidas por todo el cuerpo que filtran el líquido linfático para eliminar los gérmenes.

hormonoterapia

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

linfadenectomía pélvica (PLND)

Operación mediante la que se extirpan los ganglios linfáticos que se encuentran en la zona pélvica.

metástasis

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

mutación genética

Un cambio perjudicial en las instrucciones de la célula, que daña su función y puede provocar una enfermedad.

observación

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

orquiectomía

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

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 cercanos.

radioterapia

Tratamiento que utiliza rayos de alta energía (radiación) para eliminar las células cancerosas y evitar que se formen células nuevas.

radioterapia externa (RTHE)

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

recurrencia

La reaparición del cáncer después de un período sin enfermedad.

recurrencia 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.

sistema linfático

Red de órganos y vasos que combate las infecciones y transporta un líquido llamado linfa.

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)

Un 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.

tratamiento paliativo

Atención de los síntomas del cáncer o de los efectos secundarios del tratamiento oncológico. El tratamiento paliativo es una parte importante del tratamiento complementario.

vesículas seminales

Glándulas que producen y almacenan parte del fluido que se transforma en semen.

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 médico

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 elaborada 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 and 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, doctora 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
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, 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, 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 Emeritus

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

Dr. Daniel 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. Teply**
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dr. Jonathan Tward, doctor en Medicina
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Dr. Richard Valicenti
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dra. Jessica Karen Wong
Fox Chase Cancer Center

NCCN

Deborah Freedman-Cass, doctora en Medicina
Gerente sénior, Procesos de la Guía

Jenna Snedeker, magíster en Ciencias, ASCP
Científica adjunta/Redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para conocer las declaraciones de intereses, visite [NCCN.org/disclosures](https://www.nccn.org/disclosures).

Centros oncológicos de NCCN

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania

Filadelfia, Pensilvania

+1 800.789.7366 • penmedicine.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, University of 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.hopkinskimmelcancercenter.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



¡Nos interesan sus comentarios!

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

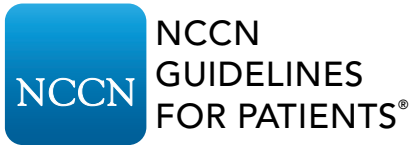
Realice nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.

NCCN.org/patients/feedback

Índice

- biopsia** 13, 15, 17-20, 42, 43
- cáncer de próstata regional** 10, 21, 32, 36, 38-44, 46
- cáncer de próstata resistente a las hormonas** 29, 31, 47, 49-54
- cáncer de próstata sensible a las hormonas** 47-49, 50
- cirugía de próstata (prostatectomía radical)** 38-43
- disfunción eréctil** 27-28, 32, 40-41
- ecografía** 15, 17-19
- efectos secundarios sexuales** 15, 27-28, 32, 35, 40-41
- ensayo clínico** 32-34, 53-54
- estudios genéticos** 15, 20-22
- estudios genéticos de mutaciones hereditarias** 21
- examen de tacto rectal** 13-14
- expectativa de vida** 38-42, 61
- factores de riesgo** 6, 8
- gammagrafía ósea** 15, 17
- hormonoterapia** 10, 25-29, 32, 34, 38-39, 41, 43, 46-53, 63
- inmunoterapia** 10, 25, 28-30, 46, 50-51
- linfadenectomía pélvica (PLND)** 39, 43
- metástasis** 10, 15-18, 20-22, 31, 34, 38, 41, 43, 46, 48-49
- persistencia del PSA** 42-44
- problemas urinarios (incontinencia)** 6, 27, 32, 35, 40
- pruebas tumorales** 21
- quimioterapia** 10, 25, 28-30, 46, 48-53
- radiofármaco** 10, 30, 31, 46, 50, 53
- radioterapia** 10, 25, 31-32, 38-39, 41-43, 47-49, 53, 63
- recurrencia del PSA** 16-17, 32, 35, 37, 42-44, 59
- sistema de tumor, ganglio, metástasis (TNM)** 22
- tratamiento complementario** 34, 36, 53-54, 57-58
- tratamiento de supresión androgénica (TSA)** 25, 27-29, 39, 41, 44, 46-53, 55
- tratamiento dirigido** 10, 17, 22, 25, 28, 30-31, 46, 50-53





Cáncer de próstata en estadio avanzado

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.

NCCN

National Comprehensive
Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300

[NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients) - Para pacientes | [NCCN.org](https://www.nccn.org) - Para médicos

PAT-TRA-1803-0824