

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.

Doctor Enrique Pérez-Castro.
Unidad de Urología.
Clínica La Luz

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA: INTRODUCCIÓN Y CONCLUSIONES

• Introducción

El cáncer de la próstata es una enfermedad en la cual se forman células malignas cancerosas. La próstata es una glándula que pertenece al sistema reproductor masculino localizada justo debajo de la vejiga y delante del recto. Su tamaño es como el de una nuez y rodea una parte de la uretra (el conducto que conduce la orina al exterior desde la vejiga). La glándula prostática produce un fluido que forma parte del semen.

El cáncer de la próstata se encuentra principalmente en varones de edad avanzada, aunque actualmente la edad de diagnóstico es más temprana debido a las campañas de diagnóstico precoz. A medida que los hombres envejecen, la próstata puede agrandarse y bloquear la uretra o la vejiga. Esto puede ocasionar dificultad para orinar. El problema se conoce con el nombre de hiperplasia prostática benigna (HPB) y si bien no se trata de un cáncer, es posible que se necesite la cirugía para corregirlo. Los síntomas de la HPB o de otros problemas que afectan a la glándula pueden ser similares a los síntomas del cáncer de la próstata. Hay que consultar al médico en caso de que se presente cualquiera de los siguientes problemas:

- Disminución del calibre o interrupción de la micción.
- Aumento de la frecuencia de la micción (especialmente por la noche).
- Dificultad para orinar.
- Dolor o ardor durante la micción (expulsión de la orina).
- Presencia de sangre en la orina o en el semen.
- Dolor con la eyaculación.

Las siguientes pruebas y procedimientos se emplean para diagnosticar precozmente el cáncer de próstata:

- **Examen digital rectal (EDR):** Consiste en un examen del recto mediante el cual el médico inserta un dedo enguantado y lubricado dentro del recto y palpa la próstata a través de la pared rectal en busca de nódulos o áreas anormales, valora el tamaño y la consistencia prostática.
- **Determinación del Antígeno Prostático Específico (PSA):** Es una prueba de laboratorio que mide las concentraciones del PSA en una muestra de sangre. El PSA es una sustancia producida por la próstata y supone un marcador tumoral extremadamente fiable para el médico, ya que sus niveles en sangre se suelen encontrar elevados en los varones que desarrollan cáncer de próstata. Además, se trata de una maniobra cómoda, sencilla y barata, por lo que hoy en día se ha vuelto indispensable en el diagnóstico precoz del cáncer de próstata. No obstante, la concentración de PSA también puede encontrarse elevada en varones que sufren una infección, una inflamación de la próstata, o que tienen una HPB, por lo que el criterio del médico especialista es fundamental a la hora de valorar el origen maligno o no de dicha elevación.
- **Ecografía transrectal:** Es un procedimiento mediante el cual se introduce por el recto un transductor ecográfico para examinar la próstata, permitiendo definir la anatomía, el volumen, sus límites y las posibles alteraciones, así como áreas sospechosas para realizar las biopsias.
- **Biopsia transrectal:** Consiste en la extracción de tejido de la próstata mediante una aguja fina, la cual se inserta a través del recto hasta la próstata y se extrae una muestra del tejido prostático. Esta maniobra se

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Doctor Enrique Pérez-Castro
Unidad de Urología
Clínica La Luz

suele practicar con ecografía transrectal para ayudar a guiar la aguja. Un patólogo examina la muestra en busca de células cancerosas y determina la puntuación de Gleason.

Esta puntuación de Gleason va desde 2 hasta 10 y describe la agresividad de las células cancerosas, y por tanto, la posibilidad que tiene el tumor para diseminarse. Cuanto más baja es la puntuación, menor es la probabilidad de diseminación del tumor. La puntuación Gleason, junto al estadio tumoral, los niveles de PSA y la edad, son los principales factores pronósticos que nos van a orientar hacia el tratamiento más adecuado para cada caso concreto.

Una vez que se ha diagnosticado el cáncer de la próstata, se deben hacer exámenes para determinar si las células cancerosas permanecen dentro de la próstata o se han extendido a otras partes del organismo (estudio de extensión).

El proceso que se emplea para definir si el cáncer permanece dentro de la próstata o se ha extendido a otras partes del organismo se llama clasificación por estadios o estadificación.

Los siguientes procedimientos se emplean para determinar el estadio en el cáncer de la próstata:

- **Gamagrafía ósea con isótopos radiactivos:** Procedimiento para determinar la presencia de células de rápida multiplicación como las cancerígenas en el hueso. Se inyecta una pequeña cantidad de material radiactivo en una vena y este viaja a través del torrente sanguíneo; se concentra en los huesos y se detecta con una cámara de rayos gamma.
- **Resonancia Magnética (RNM):** Procedimiento que utiliza un imán, ondas de radio y una computadora para crear fotografías detalladas de áreas internas del cuerpo. Este procedimiento se denomina también imágenes por resonancia magnética nuclear (IRMN).
- **Tomografía computarizada (TAC):** Procedimiento mediante el cual se toma una serie de fotografías detalladas de áreas internas del cuerpo, desde ángulos diferentes. Las imágenes son creadas por una computadora conectada a una máquina de rayos X. Es posible que al paciente se le inyecte o se le dé a beber un tipo de contraste que sirve para que el órgano o tejido aparezca más claro en la radiografía. Este procedimiento se denomina también tomografía computarizada o tomografía axial computerizada.

Los resultados de todas estas pruebas se analizan en conjunto con los resultados de la biopsia del tumor original con el fin de determinar el estadio en que se encuentra el cáncer de la próstata.

- **Estadio precoz (órgano confinado):** el tumor está restringido únicamente a la próstata, y no se ha extendido más allá de su cápsula. Generalmente, no es palpable durante un examen digital rectal ni es visible por ecografía, y suele diagnosticarse de forma casual tras una biopsia por elevación de PSA o tras la realización de una resección transuretral por HBP. No obstante, en ocasiones puede aparecer como un nódulo palpable o como una imagen ecográfica sospechosa.
- **Estadio localmente avanzado:** el cáncer se ha extendido más allá de la cápsula externa de la próstata hasta los tejidos vecinos, pudiendo aparecer cáncer en las vesículas seminales.
- **Estadio avanzado (metastásico):** el cáncer ha hecho metástasis (se ha extendido) a los ganglios linfáticos tanto cercanos como no cercanos a la próstata, o bien, a otras partes del cuerpo, como la vejiga, el recto o los huesos. El cáncer de la próstata suele extenderse con más frecuencia a los huesos.
- **Cáncer recurrente de próstata:** es un cáncer que ha reaparecido después de haber sido tratado. El cáncer puede reaparecer en la próstata o en cualquier otra parte del cuerpo.

Opciones de tratamiento disponibles según el estadio de Cáncer de Próstata

• Cáncer de próstata precoz (órgano confinado)

- Prostatectomía radical (+ linfadenectomía pélvica)
- Radioterapia Externa radical Conformacional 3D o con Modulación de Intensidad
- Braquiterapia intersticial con semillas radioactivas
- Hormonoterapia de inducción o de mantenimiento (si riesgo intermedio o alto)
- Vigilancia expectante (en casos seleccionados).

• Cáncer de próstata localmente avanzado

- Radioterapia Externa radical Conformacional 3D o con Modulación de Intensidad.
- Hormonoterapia (Bloqueo Androgénico completo).
- Prostatectomía radical (+ linfadenectomía pélvica) en casos seleccionados.
- Resección transuretral de la próstata como tratamiento paliativo para aliviar síntomas.

• Cáncer de próstata avanzado (metastásico)

- Hormonoterapia (Bloqueo Androgénico completo).
- Radioterapia Externa Conformacional 3D o con Modulación de Intensidad.
- Resección transuretral de la próstata o Radioterapia Externa como tratamiento paliativo para aliviar síntomas.
- Quimioterapia

• Cáncer de próstata recurrente

- Vigilancia expectante.
- Hormonoterapia de mantenimiento (Bloqueo Androgénico completo).
- Radioterapia Externa Conformacional 3D o con Modulación de Intensidad.
- Resección transuretral de la próstata o Radioterapia Externa como tratamiento paliativo para aliviar síntomas.
- Criocirugía.
- Quimioterapia

• Conclusiones

Por todo lo expuesto, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

El cáncer de próstata es una entidad que, diagnosticada oportunamente, es curable en la mayoría de los casos. Es fundamental realizar un estudio diagnóstico exhaustivo de la enfermedad, pues como hemos podido ver, existen numerosos factores pronósticos que nos van a indicar la actitud terapéutica más apropiada para cada situación concreta.

Existen distintas técnicas de tratamiento aprobadas y aplicables al cáncer de próstata, y que será el equipo de especialistas el que deberá ofrecer al paciente la mejor opción terapéutica posible en función de sus características.

Hoy día se hace imprescindible el disponer de todos o de casi todos los procedimientos terapéuticos existentes si se desea ofrecer a los pacientes la opción terapéutica más efectiva y que mejor se adapte a su demanda. Esto, lógicamente no es fácil, pues supone una inversión económica y un entrenamiento médico tan importante que muchos Centros Sanitarios no pueden ofrecerlo.

No obstante, desde Clínica La Luz queremos continuar invirtiendo en lo que sin duda es nuestro bien más preciado, los pacientes, y para ello, ponemos a su disposición los últimos avances tecnológicos y terapéuticos.

ASPECTOS GENERALES DE LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DISPONIBLES

• Cirugía radical

A los pacientes que gozan de buena salud en los que no existe ninguna contraindicación para una intervención quirúrgica, se les debe ofrecer un tratamiento con cirugía para su cáncer de próstata, pues según los estudios publicados con mayor seguimiento (hasta 15 años), continúa siendo la opción que ofrece los mejores resultados. Se pueden practicar los siguientes tipos de intervenciones quirúrgicas:

Prostatectomía radical: Procedimiento quirúrgico que se utiliza para extirpar la próstata, los tejidos circundantes y ganglios linfáticos cercanos. Existen varios tipos de abordajes:

- Prostatectomía retropúbica: Procedimiento quirúrgico para extirpar la próstata a través de una incisión de 15-20 cm practicada en la pared abdominal, por encima del hueso púbico. La extirpación de los ganglios linfáticos se puede realizar al mismo tiempo. Normalmente, supone una noche de ingreso en UCI y 3-6 días más de hospitalización en planta.
- Prostatectomía laparoscópica: Se disminuye considerablemente la agresión quirúrgica, pues con 3-4 pequeñas incisiones quirúrgicas de 1-1.5 cm, se realiza la exéresis de la glándula prostática. Por lo tanto, la estancia hospitalaria es menor y también es menor, precisando únicamente una noche de ingreso en UCI.
- Prostatectomía perineal: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpa la próstata a través de una incisión practicada en el periné (entre el escroto y el ano).

• Cirugía paliativa

Resección transuretral de la próstata (RTUP): Éste es un procedimiento quirúrgico para extirpar tejido de la próstata mediante el uso de un instrumento llamado resector que se introduce a través de la uretra. Esta operación se realiza, en ocasiones, para aliviar los síntomas causados por el tumor antes de dar otro tratamiento, y no puede ser válida como tratamiento radical curativo del cáncer de próstata, reservándose para casos en los que no se puede practicar una prostatectomía radical a causa de la edad u otra enfermedad.

La impotencia sexual y la incontinencia urinaria son complicaciones no deseables que pueden aparecer tras someterse a este tipo de tratamiento. No obstante, los índices de incontinencia urinaria, en manos experimentadas y en pacientes que no se han sometido a ninguna otra manipulación urinaria previa (RTUP), son muy bajos, inferiores al 3%. La impotencia sexual, en cambio, acontece en más del 50% de los pacientes. Ambas cifras son más bajas en caso de cirugía laparoscópica, o si se realiza una cirugía con preservación de los paquetes vasculares lateroprostáticos, técnica que está en clara controversia por incrementar el riesgo de una extirpación incompleta del tumor.

• Radioterapia externa radical

El tratamiento radical con Radioterapia Externa es una opción totalmente equiparable en resultados de curación a la cirugía, siempre y cuando se administre en una Unidad de Tratamiento, que disponga de un acelerador lineal con fotones de alta energía, sistemas de inmovilización anatómica precisos, planificación dosimétrica tridimensional y verificación periódica del posicionamiento.

Indicaciones de tratamiento

La Radioterapia Externa radical estaría indicada tanto en los estadios más precoces (órgano confinado) del cáncer de próstata, como en otros casos localmente más avanzados, pero sin evidencia de diseminación a distancia.

El análisis de los factores pronósticos (fundamentalmente tamaño, PSA y Gleason) nos va a permitir calcular el riesgo de afectación extraprostática a través de una serie de fórmulas de estimación (nomogramas), pudiendo así delimitar claramente los volúmenes de irradiación y la dosis requeridos para cada paciente concreto. Si existen factores pronósticos desfavorables (tamaño tumoral grande, PSA elevado y/o alta puntuación Gleason), puede ser conveniente asociar tratamiento hormonal a la radioterapia, bien como una pauta corta de inducción, o como tratamiento de mantenimiento a largo plazo.

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Doctor Enrique Pérez-Castro
Unidad de Urología
Clínica La Luz

En ocasiones, después de una prostatectomía radical, se detecta tras el análisis minucioso del patólogo la presencia de células cancerosas en el margen quirúrgico o una extensión tumoral mayor de la descrita por técnicas de imagen, siendo necesario el tratamiento con Radioterapia Complementaria a la cirugía. Por último, no hay que olvidar que la Radioterapia también puede ser muy útil como tratamiento paliativo en el cáncer de próstata metastásico, en el que no es posible un tratamiento curativo de la enfermedad, pero sí un alivio importante de los síntomas que producen las lesiones a distancia.

Descripción del procedimiento

Los pasos necesarios para el tratamiento mediante Radioterapia Externa Conformacional con planificación 3D son los siguientes:

- Inmovilización del paciente y TAC de planificación.
- Reconstrucción 3D de las imágenes obtenidas.
- Delimitación de los volúmenes de tratamiento y órganos de riesgo.
- Planificación dosimétrica.
- Transferencia del plan de tratamiento al CLINAC 2100EX.
- Inicio del tratamiento tras verificación del posicionamiento con visión portal.
- El intervalo de tiempo desde que el paciente acude a nuestra consulta hasta el inicio del tratamiento puede oscilar entre 5 y 7 días, en función de la necesidad o no de completar el estudio con alguna otra prueba diagnóstica.

El tratamiento con radioterapia consiste en sesiones diarias muy cortas (alrededor de 5 minutos cada una), cinco días a la semana, de Lunes a Viernes, mediante las cuales se administra una pequeña fracción de la dosis total prescrita por el Oncólogo Radioterapeuta. En el caso del cáncer de próstata, la duración del tratamiento suele oscilar entre 7-8 semanas.

El perfil de toxicidad de la radioterapia es muy distinto al de la cirugía. Si bien la impotencia sexual es menos frecuente y la incontinencia urinaria es excepcional, la aparición de molestias transitorias al orinar, aumento de la frecuencia miccional y/o defecatoria, así como la presencia de moco o restos hemáticos en las heces, son síntomas comunes debido a que estos órganos (vejiga y recto) están en íntimo contacto con la próstata, y reciben parte de la irradiación administrada.

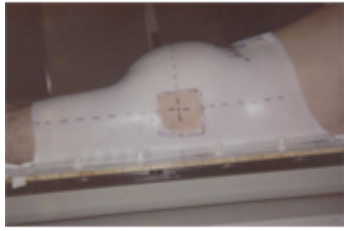
Este problema se ha resuelto en gran medida con la aparición en los últimos años de una nueva técnica de tratamiento denominada Radioterapia con Modulación de Intensidad (Intensity Modulated Radiation Therapy – IMRT). Esta técnica, de reciente incorporación en nuestra Unidad de Radioterapia, permite variar la intensidad de dosis dentro de una misma zona de tratamiento, con el fin de disminuir la irradiación que reciben los órganos sanos, y por tanto, disminuir los efectos secundarios, lo que nos da la oportunidad de alcanzar dosis más radicales y potencialmente, más curativas, en el volumen tumoral.

Instalaciones y tecnología disponible

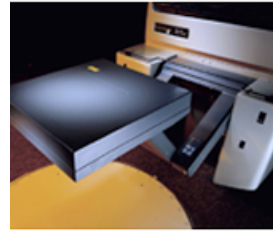
- Sistema de inmovilización termoplástico "hip-fix".
- TAC helicoidal multicorte Philips.
- Simulación Virtual tridimensional (3D).
- Fusión digital de imagen TAC y RNM.
- Planificador dosimétrico Eclipse Varian.
- Planificación dosimétrica inversa Helios para IMRT.
- Sistema de red para transferencia de datos Varis.
- Acelerador Lineal Varian Clinac 2100EX.
- Colimador Multiláminas apertura dinámica para IMRT.
- Sistema de verificación automatizado Portal Vision.

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

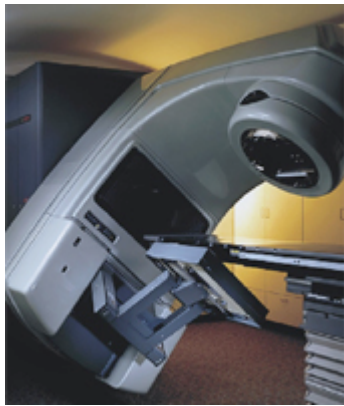
Doctor Enrique Pérez-Castro
Unidad de Urología
Clínica La Luz



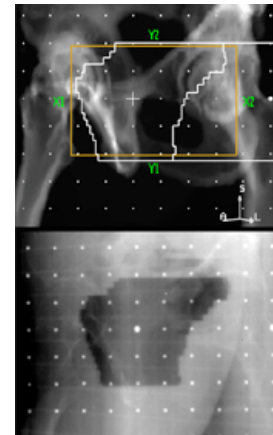
Sistema de inmovilización pélvica hip-fix



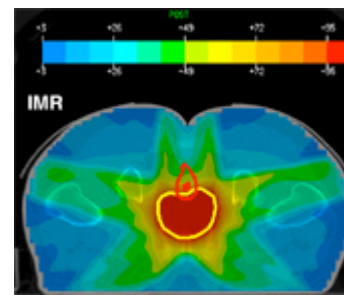
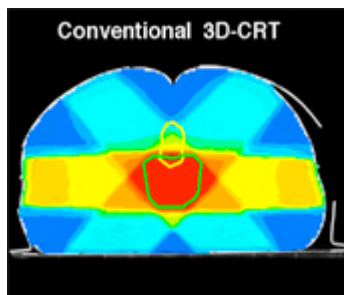
Acelerador Lineal con sistema Portal Vision



Sistema de verificación Portal Vision incorporado al Acelerador lineal



Verificación del posicionamiento comparando DRR con la imagen obtenida en tiempo real mediante Portal Vision



Distribución dosimétrica con Radioterapia Conventional 3D e IMRT

La Braquiterapia próstática consiste en aplicar la irradiación en la propia glándula mediante el implante transperineal de semillas radioactivas, generalmente Iodo125. En términos generales, el procedimiento consiste en introducir por el periné unas agujas guiadas mediante ecografía transrectal para alcanzar la próstata, para una vez allí, depositar unas semillas radioactivas que quedan en el interior del paciente. Con el paso de los días, estas semillas pierden su actividad, cediéndola a la próstata enferma y eliminando así, las células tumorales.

Este procedimiento se realiza habitualmente por equipos mixtos, compuestos por Urólogos, Oncólogos Radioterapeutas y Radiofísicos. Una vez las agujas están dispuestas abarcando toda la próstata, se procede a la captura de imágenes transversales de 5 mm de espesor procedentes del ecógrafo para optimizar la futura distribución de las semillas de Iodo125. Mediante el planificador Variseed 7.0 es posible realizar una dosimetría en tiempo real sobre las imágenes obtenidas, para posteriormente facilitarnos toda la información necesaria acerca de la ubicación de las distintas semillas según un sistema de coordenadas

Normalmente, el paciente solo permanece un día ingresado en una habitación convencional, y a la mañana siguiente del tratamiento, tras retirarle la sonda vesical y comprobar la función miccional, puede ser dado de

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Doctor Enrique Pérez-Castro
Unidad de Urología
Clínica La Luz

alta. Otra ventaja añadida es que en muchos casos, esta técnica se puede llevar a cabo con anestesia epidural, sin tener que recurrir a la anestesia general, que suele ser la norma en la prostatectomía radical.

Durante un periodo corto de tiempo, el paciente puede tener una sensación de irritación o molestias durante la micción, que generalmente son autolimitadas y subsidiarias de ser tratadas con medicación. Esta técnica no afecta a la continencia urinaria prácticamente nunca, y de forma moderada a la potencia sexual, generalmente transcurridos unos meses de la intervención.

INDICACIONES	IDEAL	POSIBLE	NO INDICADO
PSA	<10	10-20	>20
GLEASON	<7	7	8-10
ESTADIO T	T1c-T2a	T2b-T2c	>T3
IPSS	0-9	10-19	>20
VOLUMEN PRÓSTATA	<40 cc	40-50 cc	>50 cc
FLUJO MÁXIMO	>15 ml/seg	10-15 ml/seg	<10 ml/seg
CIRUGÍA PREVIA	NO	SOLO RTUP	SI
RESIDUO POSTMICCIONAL	NO	BAJO	ALTO >200 cc

Este tipo de Braquiterapia se denomina de baja tasa de dosis, en contraposición con la braquiterapia de alta tasa de dosis en la cual se insertan una serie de catéteres transperineales y se aplican varios pulsos de irradiación en un corto espacio de tiempo mediante una fuente radioactiva de Iridio192.

• Criocirugía o crioterapia prostática

La Crioterapia prostática es un tratamiento mínimamente invasivo, con ingreso reducido y que en el momento actual, su principal indicación, es el tratamiento de rescate del cáncer de próstata previamente tratado con radioterapia externa y que presenta elevaciones progresivas del PSA, siempre y cuando se demuestre que el origen de esta elevación es la próstata, bien por biopsia o mediante técnicas de imagen.

El procedimiento utiliza agujas finas que son introducidas en la próstata a través del periné bajo control ecográfico. Una vez confirmada la correcta colocación de las agujas, se forman esferas de hielo alrededor de las mismas destruyendo el tejido prostático y por tanto, las células tumorales. Habitualmente, son necesarios dos ciclos de congelación y descongelación que se consiguen mediante el uso de gases (Argón y Helio) de forma alternante. Todo este proceso se controla gracias a la utilización de agujas termosensoras colocadas tanto en la próstata como en los órganos vecinos (cara anterior del recto y esfínter uretral), permitiendo en todo momento vigilar las temperaturas y evitar así las lesiones en estos órganos. Así mismo, la uretra se protege en todo momento mediante un circuito de líquido caliente (calentador uretral).

La intervención se puede realizar con anestesia epidural y sedación, o bien, bajo anestesia general. Para facilitar la micción en los días posteriores se deja colocada una talla vesical suprapúbica, que se retirará aproximadamente a los diez días del tratamiento, una vez que se confirme que el paciente orina perfectamente.

La criocirugía prostática se realiza en un corto espacio de tiempo (2-4 horas), precisando un tiempo de ingreso hospitalario reducido, generalmente una noche, y permitiendo la reincorporación del paciente a su actividad normal desde los primeros días.

No obstante, durante las primeras semanas pueden aparecer molestias locales y una sensación de gripe incipiente, que van a ir desapareciendo de forma progresiva, generalmente en un plazo de tres o cuatro semanas. La tasa de incontinencia urinaria es extremadamente reducida, sin embargo, sí que pueden aparecer efectos negativos sobre la potencia sexual a largo plazo.

Una gran ventaja de este tipo de tratamiento es que en el caso de que persistan niveles elevados de PSA al cabo de los meses, se podría realizar nuevamente una segunda intervención.

Además, posteriormente a la criocirugía prostática se puede reanudar cualquier tipo de tratamiento médico, aunque es conveniente demorar la toma de aspirina o cualquier otro tipo de antiagregante hasta por lo menos una semana después del proceso.

Por último, es importantísimo que durante el año siguiente al tratamiento con crioterapia no se realice ningún tipo de intervención quirúrgica a nivel rectal ni perineal, incluyendo la cirugía de hemorroides.

TRATAMIENTO SISTÉMICO

• Hormonoterapia

El objetivo del tratamiento hormonal del cáncer de próstata es provocar una deprivación androgénica y con ello, bloquear el efecto estimulante que tienen las hormonas masculinas sobre las células tumorales. Se trata del tratamiento estándar inicial del cáncer de próstata metastático. Existen varias opciones terapéuticas:

A) Supresión de la LH hipofisiaria:

- Estrógenos: Hoy en día están prácticamente en desuso.
- Progestágenos: Los más usados son el Megestrol y la Medroxiprogesterona.
- Agonistas de la LHRH: En estos momentos constituyen el recurso de primera línea en el tratamiento hormonal del cáncer de próstata. Actúan inhibiendo la liberación de LH y en consecuencia, la función testicular. Su acción se podría equiparar a la de la castración quirúrgica, con la ventaja de que se trata de una medida parcialmente reversible y que no suscita el rechazo que induce la primera. Los fármacos más usados son Goserelina y Triptorelina. Por lo general, se presentan como inyección subcutánea de liberación retardada, bien mensual o trimestral.

B) Eliminación de las fuentes hormonales:

- Inhibición de síntesis androgénica: Alrededor del 5% de los precursores androgénicos se sintetizan en las glándulas suprarrenales, fuera del control de la LHRH. Se desconoce con exactitud el papel de estos precursores en el desarrollo del cáncer de próstata, pero existen teorías que sugieren que las células tumorales pueden convertirlos en andrógenos. El más usado es la Aminoglutemida.
- Bloqueantes de andrógenos: Los antiandrógenos esteroideos compiten con los andrógenos por el receptor. Tienen acción antiandrogénica pero, también actividad corticoidea. Los antiandrógenos no esteroideos tienen también acción antiandrogénica pero, no actividad corticoidea.
- El agente de mayor utilidad es la Flutamida que junto con los análogos de la LHRH, constituyen la forma más frecuente de bloqueo androgénico total en la práctica clínica.

• Quimioterapia

A pesar de que los pacientes con cáncer de próstata sean tratados de forma eficaz con tratamiento hormonal, los efectos de supresión androgénica son temporales, convirtiéndose con el paso del tiempo en hormonorrefractarios. Definimos como cáncer de próstata hormonorrefractario aquel que evoluciona de forma desfavorable a pesar de tener niveles mínimos de testosterona.

El fracaso del tratamiento hormonal lleva a la indicación de tratamiento con quimioterapia, siempre que la edad y las circunstancias del paciente lo permitan. El cáncer de próstata es un tumor de quimiosensibilidad limitada y pocos fármacos han mostrado utilidad en su tratamiento.

Se han probado numerosos agentes quimioterápicos (Estramustina, Antraciclinas, Ciclofosfamida, Cisplatino, 5-Fluorouracilo, DTIC, Metotrexato, Vinorelbina, Mitoxantrone, Taxanos...) pero, hasta la actualidad ningún fármaco sólo ni en combinación, ha demostrado un aumento de la supervivencia por lo que ninguna combinación se puede considerar estándar.

Por otro lado es difícil la valoración de respuesta según los criterios clásicos, ya que la afectación metastásica es ósea en el 90% de los pacientes; por lo que la efectividad del tratamiento se debe medir por la mejoría del dolor, disminución de la analgesia y la disminución de las cifras de PSA.

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Doctor Enrique Pérez-Castro

Unidad de Urología

Clínica La Luz

Aparte del uso de Agentes Citostáticos, en los pacientes con metástasis óseas, se recomienda el uso de Bifosfonatos, que han mostrado ser muy eficaces en la disminución de las complicaciones óseas (fracturas patológicas, aplastamientos vertebrales, compresión medular) así como en un mejor control analgésico.