



CANCER DE LA PROSTATA

EDITORIAL

El número de diagnósticos de cáncer de próstata ha aumentado dramáticamente en los últimos años como resultado de dos factores: uno, la mayor información que el público tiene acerca de la enfermedad y otro el desarrollo de una prueba para su diagnóstico temprano. Dicha prueba consiste en medir el nivel de una proteína presente en la sangre conocida como Antígeno Prostático, que se encuentra elevada en la mayoría de los hombres con cáncer de próstata. En inglés la sigla de esta prueba es P.S.A. y así nos vamos a referir a la misma.

En 1993, la Sociedad Americana de Cáncer recomendó a los médicos medir anualmente el PSA en todos los hombres mayores de 50 años como parte del examen de la próstata. De acuerdo con la Sociedad Urológica Americana, la utilización de esta prueba como medio de detección debe comenzar a los 40 años en hombres que tengan un riesgo familiar alto.

Todavía quedan muchas preguntas sobre la causa de la enfermedad y sobre cuál sería el mejor método de prevenirla y de diagnosticarla tempranamente. En la actualidad el tacto rectal y el nivel del antígeno prostático son aceptados como los dos métodos mejores para realizar un diagnóstico temprano. El complemento de exámenes ecográficos y de patología ayuda a establecer un diagnóstico certero.

MANUEL DUQUE GALAN M.D.

Urólogo

Jefe Unidad de Urología y Litroticia

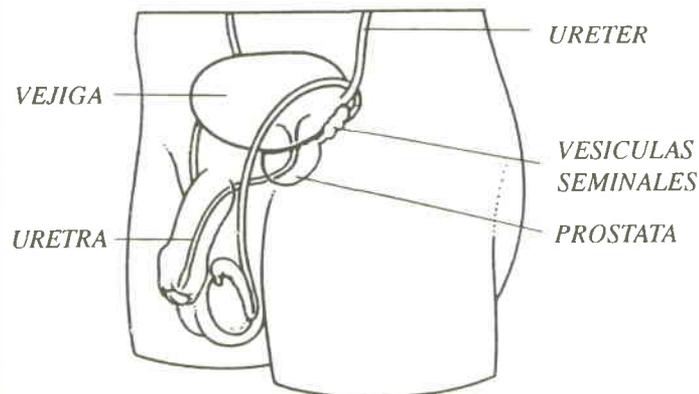
Fundación Clínica Valle del Lili

Profesor Urología Universidad del Valle.

¿QUE ES LA PROSTATA?

La próstata es una glándula masculina cuya función es aportar líquido y sustancias nutritivas vitales a los espermatozoides. Esta glándula está situada inmediatamente por debajo de la vejiga, en el piso pélvico, en el origen de la uretra y forma parte del mecanismo del esfínter vesical; que cumple la función de una llave de paso.

Figura 1.



¿QUE ES LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA?

Es una enfermedad progresiva que depende de las hormonas masculinas y que se caracteriza por un agrandamiento no canceroso de la próstata. Esto puede llevar a obstruir el paso de la orina e inclusive a una retención urinaria completa. Sus síntomas son: aumento de la frecuencia urinaria tanto de día (polaquiuria), como de noche (nocturia); además dificultad para empezar a orinar y goteo después de terminar. La hiperplasia benigna de la próstata es común en hombres de edad avanzada y el tratamiento usual ha sido la resección quirúrgica de la zona que creció en la glándula. Hoy existe la posibilidad de una terapia médica alternativa que disminuye la acción de los andrógenos (hormonas masculinas) en la próstata y da como

resultado una disminución del tamaño prostático. La reducción en los síntomas realmente se observa solo en 30% de los casos. Se cuenta además con otra terapia (bloqueo alfa-adrenérgico) que produce una relajación de la musculatura esfinteriana y mejora los signos obstructivos. Su efectividad es mayor que la del tratamiento anterior. Todas estas terapias aunque correctas son en general transitorias y la necesidad de acudir a cirugía aumenta con la edad.

EL CANCER DE PROSTATA

Después de los carcinomas de pulmón y de colon, el cáncer de próstata es, para los hombres, la causa principal de muerte por cáncer en muchos países. En 1995, tan sólo en los Estados Unidos, cobró 40.000 vidas. En Cali es la segunda causa de cáncer en hombres. Por lo general se presenta en personas de edad avanzada y, de la misma manera que la hiperplasia benigna de próstata, alcanza su pico máximo alrededor de los 80 años. Rara vez aparece en menores de 40 años. Los estudios epidemiológicos no han encontrado asociación del cáncer de próstata con: la dieta, las enfermedades venéreas, los hábitos sexuales, el cigarrillo o la actividad ocupacional. Sin embargo, los niveles elevados de testosterona se consideran como un factor de riesgo para el carcinoma de próstata.

¿SE HEREDA EL CANCER DE PROSTATA?

No se ha encontrado un marcador genético que lo indique; sin embargo, se han observado casos clínicos familiares, y se estima que los hombres que tienen un pariente en primer grado afectado por la enfermedad (hermano o padre) o un pariente en segundo grado (tío o abuelo), tienen ocho veces más riesgo de padecerla. Por tal motivo, en estos casos, es necesario iniciar más temprano el estudio para tratar de llegar a un diagnóstico precoz.

¿COMO SE PRESENTA Y HACIA DONDE SE DISEMINA EL CANCER DE PROSTATA?

El Cáncer de Próstata crece en forma lenta y silenciosa, al principio no da síntomas, usualmente se localiza en la parte periférica de la próstata.

Algunos de los tumores de próstata nunca se desarrollan ni son clínicamente importantes, se trata de los tumores latentes. Otros si llegan a tener importancia clínica, pues son más agresivos y sino se tratan, crecen localmente y atraviesan la Cápsula de la Próstata con invasión a los órganos adyacentes. Pueden también diseminarse por vía linfática a los ganglios pélvicos o por vía sanguínea a los huesos y en raras ocasiones a los pulmones y al hígado.

Por ello en el cáncer de próstata muy avanzado, los síntomas iniciales pueden ser dolor óseo intenso en la región lumbar o en la cadera.

¿COMO SE DESCUBRE EL CANCER DE PROSTATA?

En hombres asintomáticos, se debe practicar un examen rectal anual después de los 50 años, como también un examen de P.S.A..

Si se encuentran alteraciones en algunos de estos dos exámenes, el paso a seguir es una ecografía transrectal de la próstata y biopsias.

¿QUE ESTUDIA LA ULTRASONOGRAFIA TRANSRECTAL O ECOGRAFIA A TRAVES DEL RECTO?

Esta técnica permite demostrar lesiones hipoeoicas, es decir que absorben el ultrasonido y que desde 5 mm. de diámetro sugieren la presencia de cáncer. Aunque esas lesiones son de importancia clínica, no siempre se pueden descubrir con un tacto rectal. Esta técnica es de bajo riesgo; los instrumentos que se utilizan incluyen una sonda que guía una aguja de biopsia y precisa la localización exacta del tejido. Para el procedimiento no se necesita anestesia y se pueden practicar varias biopsias de manera simultánea.

¿COMO SE ANALIZAN LOS NIVELES DE PSA?

El Antígeno Específico de Próstata (PSA) es una glicoproteína producida únicamente en las células de la próstata, benignas y malignas; es decir que no se encuentra en ningún otro tejido normal o tumoral.. El PSA se libera en pequeña cantidad y en forma constante al torrente sanguíneo, pero los niveles se elevan con cualquier tipo de enfermedad de la próstata. La hiperplasia benigna de próstata, que es tan común, puede producir una elevación leve en el nivel de PSA y es la causa más frecuente de elevaciones limítrofes de PSA. Pero un nivel de PSA superior a los rangos establecidos según la edad, definitivamente guía al clínico a efectuar una evaluación urológica completa.

Los niveles de PSA que se aceptan como normales aumentan con la edad; por lo tanto, el índice de normalidad se debe ajustar de acuerdo con la siguiente tabla.

EDAD (años)	PSA (ng/ml)
40-49	2.5
50-59	3.5
60-69	4.5
70-79	6.5

Es importante hacer notar que 30% de los carcinomas de próstata localizados tienen niveles normales de PSA y, por lo tanto, se acepta que la medición de PSA no debe suplantar el examen rectal en el diagnóstico temprano de cáncer de próstata sino más bien complementarlo.

¿COMO SE CLASIFICA EL CANCER DE PROSTATA?

Los tumores de próstata así como otros tipos de adenocarcinomas se clasifican de acuerdo con el grado de diferenciación. Como lo dijimos anteriormente la diferenciación es la semejanza o diferencia en relación con las células normales del tejido original. En las últimas décadas se han llevado a cabo esfuerzos para adoptar un sistema de gradación que esté relacionado con el curso clínico de los pacientes. Este es el llamado sistema de Gleason que parece correlacionarse con otros indicadores de pronóstico, como tamaño del tumor y metástasis a ganglios linfáticos. El sistema tiene un puntaje de 1 a 10 según el patrón de diferenciación de las células. Son de mejor pronóstico los puntajes más bajos.

Adicionalmente se clasifican en tumores confinados a la glándula prostática o tumores diseminados.

¿COMO SE DETERMINA LA TERAPIA MAS ADECUADA PARA UN CANCER DE PROSTATA?

Una vez que se tiene el diagnóstico, se hace necesaria la clasificación para determinar si se trata de un tumor localizado o si el cáncer se ha extendido más allá de la próstata. La evaluación inicial del paciente con cáncer de próstata comprobado requiere de la medición de los marcadores tumorales de próstata y de una gammagrafía ósea de todo el cuerpo. Una gammagrafía ósea positiva identifica la enfermedad como estadio D2 o diseminada y hace innecesario otros procedimientos. Si la gammagrafía ósea es negativa y si se piensa llevar a cabo una prostatectomía radical (extracción completa), previamente se debe practicar una linfadenectomía (extracción de las cadenas ganglionares) pélvicas. Si la biopsia por congelación (análisis microscópico durante el acto quirúrgico) de los pequeños cortes de estos ganglios linfáticos es positiva para células malignas, no se lleva a cabo la prostatectomía.

¿CUALES SON LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA UNA ENFERMEDAD LOCALIZADA?

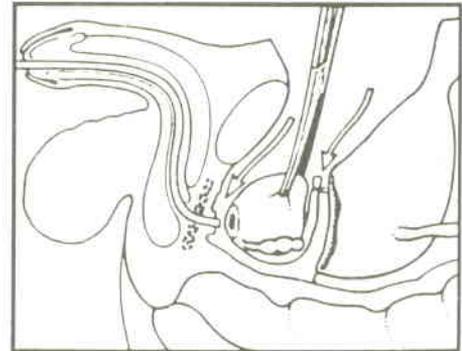
Los enfermos con cáncer localizado en la próstata se pueden manejar de manera curativa con una prostatectomía radical

o con radioterapia. En el análisis estadístico, ambos tratamientos son de efectividad similar.

¿QUE ES LA PROSTATECTOMIA RADICAL?

Figura 2.

Resección de Próstata con Cápsula y Vesículas



Es la remoción total de la próstata, con su cápsula, el tejido conectivo que la rodea y las vesículas seminales. Hoy en día esta técnica preserva las fibras nerviosas necesarias para la erección normal del pene y 50% a 80% de los pacientes vuelven a tener su potencia en un año. Las complicaciones más comunes de esta cirugía son la incontinencia urinaria que puede ocurrir en 6% a 10% de los casos y la impotencia que puede persistir a pesar de la nueva técnica.

No se deben solicitar niveles de PSA hasta seis semanas después de una prostatectomía radical curativa. El hallazgo de niveles menores a 0.4 ng/ml es aceptable para algunos pacientes, pero los controles futuros informarán de la efectividad de la cirugía.

¿QUE TIPO DE RADIOTERAPIA SE APLICA A LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA?

La radioterapia es un tratamiento con energía ionizante ya sea con radiación gamma (Cobalto 60) o con aceleradores lineares. En las últimas décadas se ha establecido que la radioterapia de rayo externo es un tratamiento curativo para el cáncer de próstata localizado. Las complicaciones más frecuentes de esta conducta son la impotencia que se presenta en proporción semejante a la producida después de una prostatectomía radical; y los daños que resultan de la irradiación a la pared del recto que se manifiestan con proctitis, diarrea y sangrado rectal. Los niveles de PSA después de radioterapia muestran un descenso progresivo hasta obtener un resultado negativo. Si volvieren a elevarse progresivamente se estaría indicando una falla del tratamiento local o la aparición de enfermedad metastásica sistémica.

¿COMO SE TRATA EL CANCER AVANZADO DE PROSTATA?

El Cáncer de Próstata localmente avanzado, lo que se conoce como estadio C, se trata con radioterapia. En los últimos años se ha propuesto la Hormonoterapia Neoadyuvante; la cual hace un bloqueo androgénico durante tres meses con la intención de reducir al máximo el tamaño del tumor, posterior a lo cual se somete el paciente a radioterapia.

Para los cánceres que ya han producido metástasis a los ganglios o a los huesos, el tratamiento ideal es la Terapia Hormonal.

¿CUAL ES LA TERAPIA HORMONAL EN CANCER DE PROSTATA?

Por más de 50 años se ha visto que el retiro de andrógenos es eficaz en el control del cáncer de próstata. Se conocen dos vías para producir andrógenos: una primaria que tiene lugar en los testículos con la elaboración de testosterona, y otra secundaria en la corteza suprarrenal. La gama total de tratamientos hormonales se divide en aquellos designados como terapia antitestosterona y en los que adicionalmente también se bloquean los andrógenos suprarrenales (adrenales).

LA TERAPIA ANTI-TESTOSTERONA

La orquidectomía bilateral o extirpación quirúrgica de los testículos es la terapia anti-testosterona más efectiva y definitiva. Este procedimiento es ambulatorio y tiene pocas complicaciones.

Las preparaciones estrogénicas también tienen mecanismos anti-testosterona, porque bloquean la secreción de la hormona luteinizante hipofisiaria, que estimula la producción de testosterona. Los efectos secundarios de este tratamiento incluyen alteraciones de las plaquetas, el aumento de la incidencia de tromboembolismos y el aumento del tamaño de las mamas. Este último se puede prevenir con radioterapia superficial al tejido mamario.

La tercera alternativa en la terapia anti-testosterona es el empleo de péptidos sintéticos que inhiben la producción de hormona luteinizante hipofisiaria y, por lo tanto, de testosterona. La ventaja de estos péptidos consiste en que

evitan el trauma de la orquidectomía y no tienen los efectos secundarios de la terapia estrogénica. Este manejo tiene como desventaja el alto costo; una consecuencia paradójica es el alza en la producción de testosterona durante las dos primeras semanas de tratamiento.

LA TERAPIA BLOQUEADORA DE ANDROGENOS

Se conocen varias drogas anti-androgénicas sintéticas como el acetato de ciproterona, la flutamida y el ketoconazole. Todas estas sustancias actúan al competir con los andrógenos a nivel de los receptores, tanto en las células normales como en las malignas. Según algunos estudios se ha podido demostrar que la combinación de orquidectomía y bloqueo androgénico permite a los pacientes una sobrevida ligeramente mayor (4 - 7 meses); sin embargo hubo otros estudios que no obtuvieron los mismos hallazgos. Por lo tanto, este tratamiento es motivo de controversia.

Quedan muchas preguntas por resolver sobre la causa y prevención del cáncer de próstata; sin embargo, los nuevos avances permiten un diagnóstico más temprano y un análisis más exacto de la etapa en que se encuentra la enfermedad y se puede afirmar que un tratamiento curativo para una enfermedad localizada lleva consigo menos riesgos y problemas que en épocas anteriores. También parece que cuando la enfermedad está avanzada, la terapia anti-testosterona es la más adecuada.

Hoy por hoy se intenta identificar, en forma temprana, a los pacientes que tengan tumores realmente confinados a la próstata, para evitar la realización de tratamientos radicales innecesarios. Además, en varios Centros Oncológicos, se ha empezado a tratar con Hormonoterapia Adyuvante a la mayoría de los pacientes con diagnósticos de tumor localizado para después efectuar el tratamiento radical. Con ello se ha demostrado mejores resultados de tipo curativo.

LUPI ALEJANDRO MENDOZA M.D.

Urólogo Oncólogo

Urólogo Institucional - Coordinador Unidad de Endoscopia

Fundación Clínica Valle del Lili

Profesor de Urología Universidad del Valle

MARIA CAROLINA GUTIERREZ M.D.

Patóloga - Patología Molecular

Jefe del Departamento de Laboratorio

Clínico y Patología

Fundación Clínica Valle del Lili

ARTURO LOPEZ CARDONA M.D.

Radioterapeuta Oncólogo

Jefe de la Sección de Radioterapia

Fundación Clínica Valle del Lili

Esta publicación es cortesía de



S.A. y

EL PAIS

El Diario de nuestra gente

Comité Editorial:

- Dr. Martín Wartenberg
- Dr. Hernán G. Rincón
- Dr. Hernán Córdoba
- Dr. Jairo Sánchez
- Dr. Adolfo Congote
- Dr. Edgard Nessim
- Dra. Yuri Takeuchi
- Dra. Ma. Carolina Gutiérrez
- Enfermera Patricia Echeverry
- Sra. Claudia de Piedrahita

"Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico".