

THE UROLOGY GROUP

www.urologygroupvirginia.com

1860 Town Center Drive • Suite 150/160 • Reston, VA 20190 • 703-480-0220
19415 Deerfield Avenue • Suite 112 • Leesburg, VA 20176 • 703-724-1195
224-D Cornwall Street, NW • Suite 400 • Leesburg, VA 20176 • 703-443-6733 24430
Stone Springs Blvd • Ste 100 • Dulles • VA 20166 • 571-349-4600

CANCER DE LA PROSTATA (PROSTATE CANCER)

Walter M. O'Brien, M.D., Urólogo

El cáncer de la próstata es el tipo de cáncer más común entre hombres adultos. La próstata es una glándula que forma parte del sistema reproductivo. Produce parte del semen, el líquido que es excretado por el pene durante la eyaculación. La próstata rodea la uretra, el tubo que lleva la orina desde la vejiga al pene. La próstata empieza a aumentar de tamaño en forma cancerosa o benigna en casi todos los hombres a partir de los 40 años. A medida que aumenta puede comprimir la uretra y ocasionar cambios en el patrón de orinar. Si bien es cierto que este aumento en tamaño afecta a casi todos los hombres, aproximadamente 1 de cada 11 desarrollará cáncer de la próstata.

Todos los hombres deberían hacerse anualmente una prueba rectal digital para detectar cáncer de la próstata, así como un examen de sangre llamado PSA o antígeno prostático específico. El tacto rectal lo realiza el médico introduciendo un dedo enguantado en el área del recto para palpar la superficie de la próstata y determinar cualquier nódulo o irregularidad. El antígeno específico de próstata es una proteína que se produce solo en la próstata y en ningún otro lugar del cuerpo. Si el nivel de PSA sale elevado podría ser una señal de cáncer de la próstata. Existen otros factores que pudieran causar un PSA elevado, tales como el aumento en tamaño o la inflamación de la próstata.

Si se percibe una anomalía en el tacto rectal o en el PSA, se puede practicar una ecografía transrectal con biopsia para determinar si hay cáncer. Si la biopsia indica que hay cáncer, se procede a hacer un estudio de clasificación por etapas para determinar el grado del cáncer. El cáncer de la próstata se puede regar a los ganglios linfáticos, los huesos y los pulmones. Estas áreas se examinan por medio de una tomografía computarizada o TAC de la pelvis; una tomografía de los huesos; y una radiografía del tórax. Si se perciben áreas anormales en la tomografía de los huesos, pudiera ser necesario tomar más radiografías y realizar otras evaluaciones.

Grado es el término que se usa para describir el cáncer de la próstata que se puede apreciar bajo el microscopio. El método más común que se utiliza para establecer el grado de cáncer es la puntuación de Gleason que va desde 1 a 5. Para cada grado generalmente se presentan varios esquemas. El sistema Gleason es la suma de dos esquemas predominantes y pronostica la agresividad del cáncer. Mientras más baja la puntuación, menos agresivo es el cáncer.

La clasificación por etapas es el proceso que se emplea para definir si el cáncer se ha extendido dentro de la próstata o a otras partes del organismo. La etapa A o T1 se refiere a la detección que se hace incidentalmente durante una operación para remover una próstata benigna. Se refiere también a cánceres que se detectan con base un PSA elevado, sin ninguna anormalidad detectada con un tacto rectal. La etapa B o T2 se refiere al cáncer que se palpa con un examen rectal digitalizado. Tanto las Etapas B como la B (T1 y T2) se refieren a cáncer de la próstata limitado a ese órgano. La Etapa C o T3-4 incluye aquellos cánceres que se han regado fuera de la glándula de la próstata. Esto se determina frecuentemente cuando se realiza el examen rectal o un ultrasonido. La Etapa D se refiere a aquellos tumores que se han regado fuera de la próstata o ganglios linfáticos, huesos y otros órganos o tejidos.

El tratamiento del cáncer de la próstata depende de la etapa en que se encuentre la enfermedad y de la edad y estado general de salud del paciente. Los tratamientos de los pacientes con cáncer localizado de próstata (Etapa A y B, T1 y T2) incluyen la mera observación, la radioterapia y la prostatectomía radical. En algunos lugares del país se emplea también la criocirugía en casos de cáncer localizados. A pesar de que ha recibido enorme publicidad, esta técnica está todavía en etapa de investigación y actualmente no es un procedimiento estándar.

La razón fundamental para optar por la espera vigilante como tratamiento se debe a la aceptación de que algunos hombres pudieran morir de otras enfermedades antes que de cáncer de la próstata. Una de las dificultades presentes al tratar el cáncer de la próstata es procurar pronosticar su potencial biológico. En el hombre mayor con otros problemas de salud y un tipo de cáncer que no parezca ser particularmente agresivo, pudiera ser apropiado el limitarse a observar. En hombres más jóvenes esta no es la mejor opción ya que se puede anticipar que el cáncer se va a regar fuera de la próstata en el 60 a 70% de los hombres, 10 años después del diagnóstico.

La radioterapia es la administración de rayos X de alta energía a la próstata en un esfuerzo por erradicar las células cancerosas o al menos detener su crecimiento. La radiación se puede aplicar de dos formas: por radioterapia externa, o colocando con una aguja implantes radioactivos en la próstata. La radiación externa típicamente se administra en 30 ó 40 tratamientos, cinco días a la semana por un total de 6 a 8 semanas. La radiación puede producir complicaciones como daños a la vejiga o al recto, lo que pudiera resultar en frecuencia o urgencia urinaria. Puede también causar diarrea y dolor en el recto. La incontinencia, o pérdida de control para orinar, ocurre en menos del 1% de los hombres. La impotencia o inhabilidad para tener un erección puede ocurrir como acción retardada en más de la mitad de los pacientes. La radiación externa es una terapia que tiene resultados muy positivos en 5 a 10 años. Los resultados no son tan favorables a los 15 años. La radiación es una buena opción para hombres mayores de 70 años con otros problemas serios de salud. Puede resultar apropiada para hombres mayores de 60 con otros problemas de salud o con un tipo de cáncer con bajo potencial biológico.

Cuando se opta por la colocación de semillas o implantes radioactivos directamente en la próstata se debe generalmente a que ello permite aplicar una dosis más alta de radiación con menor efecto en los órganos adyacentes. El principal problema que se presentó cuando esta técnica fue desarrollada hace años fue lograr una distribución pareja de los implantes. Con el advenimiento del ultrasonido transrectal se hizo posible la distribución pareja de los implantes. Más recientemente se han desarrollado técnicas para colocar los implantes por medio de tomografíaa computarizadaa guiadas. Todavía no hay disponibles estudios a largo plazo que determinen los efectos de este tratamiento. No obstante, informes preliminares indican que esta técnica es por lo menos tan efectiva como la radiación externa y pudiera ser tan efectiva como la prostatectomía radical. Hoy día el procedimiento se lleva a cabo con anestesia epidural en pacientes ambulatorios. La impotencia se presenta en al menos la mitad de los hombres. La incontinencia por urgencia puede afectar a los pacientes que reciben implantes. Tanto con la radioterapia o los implantes se puede usar un tratamiento previo de Lupron (que se describe abajo) para tratar que las células cancerosas sean más susceptibles a la radiación.

La prostatectomía radical se refiere a la extracción quirúrgica de la próstata. La cirugía se realiza mediante una incisión del ombligo al hueso púbico. Lo primero que se hace es remover los ganglios linfáticos para determinar si hay áreas microscópicas donde se haya regado el cáncer. Luego de removidos los ganglios linfáticos se remueven la próstata y las vesículas seminales. Se procede luego a unir la vejiga con la uretra. La operación generalmente involucra una estadía de 3 ó 4 días en el hospital. Generalmente se deja colocada una sonda, por 2 ó 3 semanas, para drenar la orina de la vejiga. Los peligros potenciales de esta cirugía incluyen hemorragia e infección. También están los peligros generales que conlleva una operación, tales como coágulos de sangre en las piernas, arritmia, pulmonía y otros. Los posibles problemas a largo plazo incluyen la incontinencia y la impotencia. La impotencia ocurre en por lo menos en la mitad de los pacientes, aún cuando para evitarla se utiliza una técnica llamada cirugía conservadora de nervios La cirugía es la opción indicada para hombres en los 50 y 60 años, también para hombres en los 60 avanzados y principios de los 70 que no tengan otros problemas de salud y cuya expectativa de vida sea de por lo menos 10 años. La cirugía tiene la ventaja sobre la radiación de que los resultados a largo plazo son mejores, en términos de sobrevivencia y probabilidades de vivir sin remisión de la enfermedad 10 y 15 años después.

En algunas ocasiones los hombres a quienes se les ha practicado una prostatectomía radical pudieran necesitar terapia adicional cuando se recuperan de la cirugía. Si aparecen áreas microscópicas de ganglios linfáticos afectados pudiera ser necesaria la terapia hormonal (ver a continuación). Y si hay evidencia de que el cáncer se ha regado hasta los márgenes de la resección quirúrgica, se puede añadir radiación a la terapia postoperatoria.

Para los hombres en la Etapa C (T3-4) los tratamientos abarcan la espera vigilante, radiación y terapia hormonal. La terapia por radiación puede controlar los síntomas locales que pudieran desarrollarse debido al tamaño del cáncer y si ya ha invadido la uretra y la vejiga. La prostatectomía radical no se recomienda en la Etapa C, salvo en hombres muy jóvenes.

Para aquellos en la Etapa D, el tratamiento principal es la terapia hormonal. El cáncer de la próstata depende de la testosterona, la hormona masculina, para crecer y prosperar. Existen diferentes formas de eliminar la testosterona y colectivamente se les denomina "terapia hormonal." En el pasado una de las formas más simples de eliminar la testosterona era practicándole una orquitectomía al paciente: extirparle los testículos, en donde se produce la testosterona. Actualmente la terapia hormonal más común es una inyección cada cuatro meses que evita que los testículos produzcan testosterona. Estos fármacos, llamados agonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante LH-RH, están disponible como Lupron o Zolodex. La ventaja de este tipo de terapia es que evita la necesidad de practicar una orquitectomía.

A veces en combinación ya sea con una orquitectomía o LH-RH se emplea un antiandrógeno. Actualmente los antiandrógenos usados son Flutamida (Eulexin) o Casodex que se toman diariamente en forma de tabletas. Esto interfiere con las pequeñas cantidades de testosterona que producen las glándulas suprarrenales. Los efectos secundarios de la terapia hormonal incluyen la impotencia en todos los hombres y los calores en algunos hombres.

El tema de cáncer de la próstata puede resultar muy confuso para los pacientes. Invariablemente cada paciente conoce a otros hombres que han sido tratados por cáncer de la próstata. Resulta difícil comprender por qué se usa un tratamiento en uno y otro diferente en otro. Repetimos, el tratamiento que se escoja depende mucho de la edad del paciente y su estado de salud. En general los hombres salen bien del cáncer de la próstata, siempre y cuando se diagnostique temprano y se aplique el tratamiento apropiado.