

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2018

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
CÁNCER DE PRÓSTATA

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: GPC-IMSS-140-18

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600 México, Ciudad de México.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

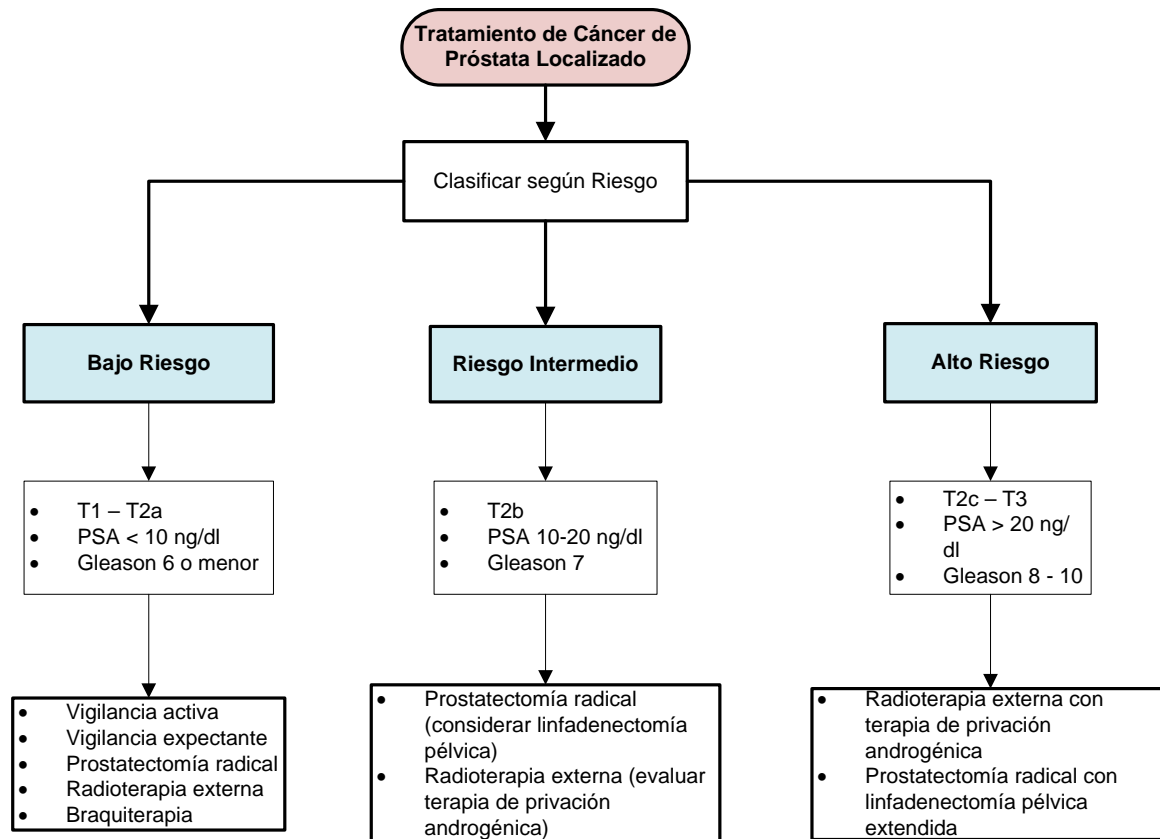
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de “**Evidencias y Recomendaciones**” en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-140-18/RR.pdf>

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-140-18/RR.pdf>

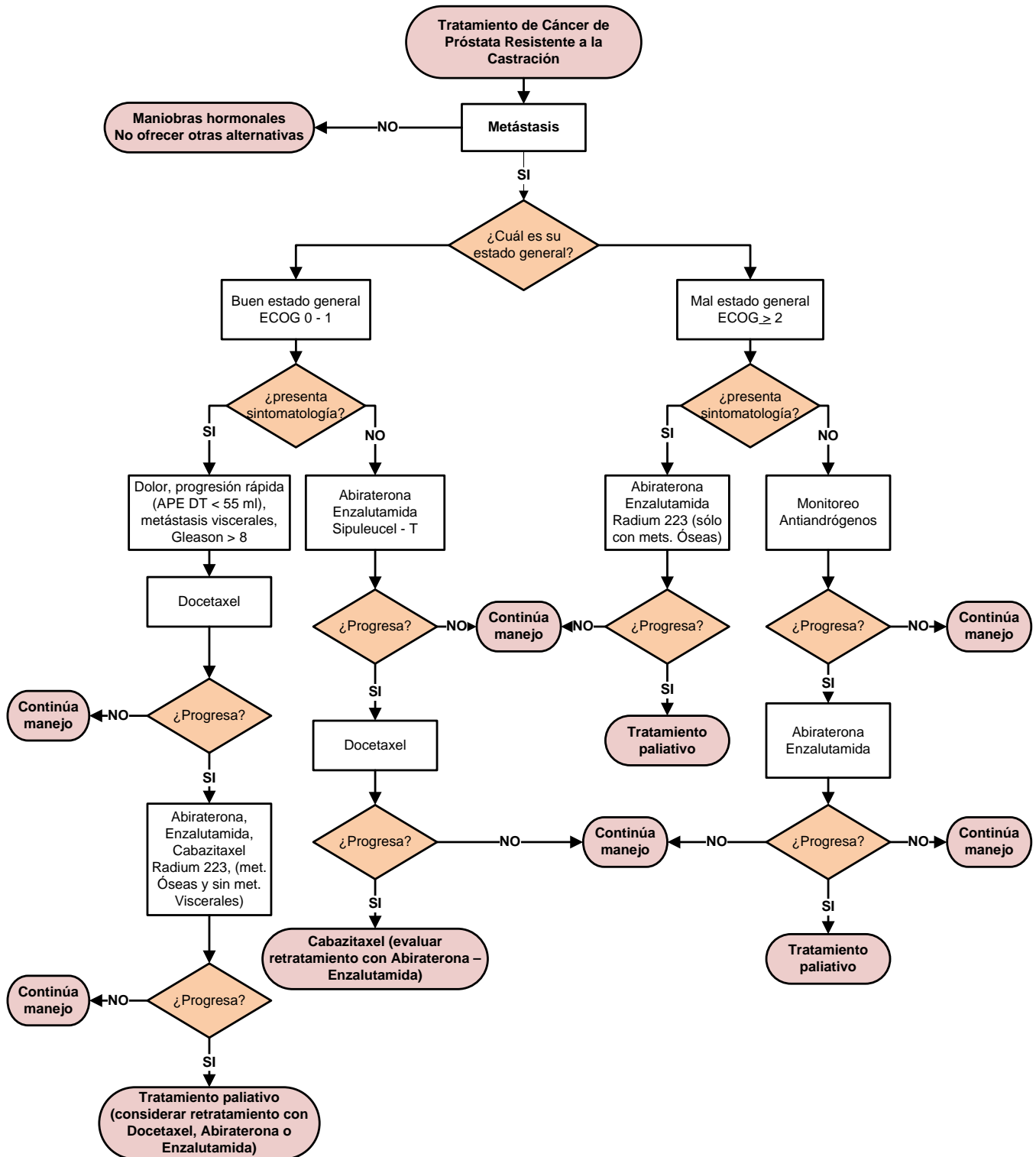
ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

Algoritmo 1. Tratamiento de Cáncer de Próstata Localizado



Algoritmo 2. Tratamiento de Cáncer de Próstata resistente a la Castración



2. CÁNCER DE PRÓSTATA

PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
Se recomiendan pruebas de detección oportuna de cáncer de próstata en pacientes con riesgo elevado de desarrollarlo (pacientes con dieta alta en grasas y carnes, historia familiar, raza afroamericana, pacientes con más de 1 ng/ml de APE a los 40 años de edad y más de 2 ng/ml a los 60 años.	B
El tacto rectal está indicado en todos los pacientes mayores de 55 años, pacientes con sintomatología urinaria baja sin importar la edad y en pacientes asintomáticos pero con factores de riesgo.	B

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda realizar biopsia transrectal a pacientes con tacto rectal anormal ó APE mayor de 10 ng/ml confirmado (sin factores que condicionen elevación por otra causa diferente al cáncer de próstata) (ver cuadro 1)	A
Se recomienda ofrecer evaluación y estudios adicionales a hombres asintomáticos con un examen rectal digital normal y un nivel de antígeno prostático específico (PSA) entre 4-10 ng/ml antes de realizar una biopsia de próstata; cuando los valores sean inferiores de 4 ng/ml tomar en cuenta la estratificación del riesgo.	B
Se debe utilizar profilaxis con antibiótico vía oral o IV en pacientes a los que se les realizará biopsia transrectal de próstata; no hay evidencia concluyente respecto a si es mejor utilizar una sola dosis o dosis múltiples o un curso corto contra un curso largo de antibióticos.	A

ESTADIFICACIÓN

Recomendación Clave	GR*
El cáncer localizado debe clasificarse como bajo, intermedio o de alto riesgo como guía para pronóstico y tratamiento. (Ver cuadro 2)	A

Pacientes con enfermedad de alto riesgo o de riesgo intermedio deben tener una estadificación nodal utilizando tomografía computarizada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, o disección pélvica nodal.

B

VIGILANCIA ACTIVA

Recomendación Clave

GR*

Se recomienda el tratamiento con terapia hormonal y vigilancia activa en hombres con enfermedad local o localmente avanzada que no son aptos, o no quieren recibir, tratamiento radical.

A

TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD LOCAL

Recomendación Clave

GR*

Para hombres con cáncer de próstata de bajo riesgo, y una expectativa de vida mayor de diez años, el tratamiento definitivo (prostatectomía radical, braquiterapia, o el tratamiento con radiación y rayo externo) o la vigilancia activa pueden ser opciones adecuadas.

Débil

En pacientes con enfermedad localmente avanzada o con enfermedad localizada, que no desean tratamiento radical o no son aptos para recibirlo, la espera vigilada con tratamiento hormonal retardado es una opción.

A

TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD LOCAL AVANZADA Y DE ALTO RIESGO

Recomendación Clave

GR*

Se recomienda el bloqueo androgénico y el bloqueo neoadyuvante por 4 a 6 meses en hombres que reciben radioterapia radical para enfermedad de alto riesgo, y se debe considerar en hombres con riesgo medio.

A

Se recomienda la terapia de supresión androgénica como primera línea de tratamiento de enfermedad metastásica que no ha recibido tratamiento hormonal.

A

TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RESISTENCIA A LA CASTRACION

Recomendación Clave

Se debe continuar la administración de análogos LHRH en pacientes con cáncer de próstata resistente a castración.

GR*

C

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1. Causas benignas de elevación de antígeno prostático

Hiperplasia prostática benigna
Prostatitis aguda
Inflamación subclínica
Biopsia prostática
Cistoscopia
Resección transuretral de la próstata
Retención urinaria
Eyacuación
Examen digito rectal
Trauma perineal
Infarto prostático

Cuadro 2. Grupos de riesgo para cáncer de próstata localizado

Bajo riesgo	T1-T2a y GS \leq 6 y antígeno prostático \leq 10
Riesgo intermedio	T2b y/o GS7 y/o antígeno prostático 10-20
Alto riesgo	\geq T2c o GS8-10 o antígeno prostático > 20

Cuadro 3. Resumen de estadificación de cáncer de próstata

Tumor Primario	
Tx	El tumor primario no puede ser evaluado
T0	No hay evidencia de tumor primario
T1	Tumor clínicamente no visible ni palpable ni visible por imagenología
T1a	Tumor resultado de un hallazgo histológico incidental en el 5% o menos del tejido reseado
T1b	Tumor resultado de un hallazgo histológico incidental en el 5% o más del tejido reseado
T1c	Tumor identificado por medio de una biopsia por aguja (Ej. Por un antígeno prostático elevado)
T2	Tumor confinado dentro de la próstata
T2a	Tumor que involucra la mitad de un lóbulo o menos
T2b	Tumor que involucra más de la mitad de un lóbulo pero no ambos lóbulos
T2c	Tumor que involucra ambos lóbulos
T3	Tumor que se extiende a la cápsula prostática
T3a	Extensión extracapsular (unilateral o bilateral)
T3b	Tumor que invade la vesícula seminal

T4	Tumor fijo o que invade estructuras adyacentes diferentes a la vesícula seminal, como el esfínter externo, el recto, la vejiga, los músculos elevadores, y/o la pared pélvica.
Nódulos linfáticos regionales	
Nx	Los nódulos linfáticos regionales no fueron evaluados
N0	No hay metástasis a los nódulos linfáticos regionales
N1	Metástasis en nódulos regionales
Metástasis a distancia	
M0	No hay metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia
M1a	Nódulos linfáticos no regionales
M1b	Huesos
M1c	Otros sitios con o sin enfermedad ósea

Antígeno prostático específico (PSA)	
Los valores de PSA se utilizan para asignar esta categoría	
Valores de PSA	
< 10	
≥10 < 20	
<20	
≥20	
Cualquier valor	

Grupos de Grado Histológico		
Recientemente, el sistema Gleason se ha comprimido en los llamados Grupos de Grado		
Grupo de Grado	Score de Gleason	Patrón de Gleason
1	≤ 6	≤ 3 + 3
2	7	3 + 4
3	7	4 + 3
4	8	4 + 4, 3 + 5, 5 + 3
5	9 ó 10	4 + 5, 5 + 4, o 5 + 5

Fuente: AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition (2017) published by Springer International Publishing.

Cuadro 4. Etapa de Grupos de pronóstico TNM de Cáncer de Próstata de la AJCC UICC 2017

Cuando la T es...	Y la N es...	Y la M es...	Y el antígeno prostático específico es...	Y el Grado de Grupo es...	Entonces la etapa de Grupos es...
cT1a-c, cT2a	N0	M0	<10	1	1
pT2	N0	M0	<10	1	1

cT1a-c, cT2a, pT2	N0	M0	≥10 <20	1	IIA
cT2b-c	N0	M0	<20	1	IIA
T1-2	N0	M0	<20	2	IIB
T1-2	N0	M0	<20	3	IIC
T1-2	N0	M0	<20	4	IIC
T1-2	N0	M0	≥20	1-4	IIIA
T3-4	N0	M0	Cualquiera	1-4	IIIB
Cualquier T	N0	M0	Cualquiera	5	IIIC
Cualquier T	N1	M0	Cualquiera	Cualquiera	IVA
Cualquier T	Cualquier N	M1	Cualquiera	Cualquiera	IVB

Nota: Cuando tanto el antígeno prostático específico o el Grupo de Grado no está disponible, el agrupamiento se debe determinar por la categoría T y/o por el antígeno prostático específico o el Grupo de Grado según disponibilidad.

TNM: Tumor, nódulo, metástasis; AJCC: American Joint Committee on Cancer; UICC: Union for International Cancer Control; PSA: prostate. specific antigen (antígeno prostático específico)

Fuente: AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition (2017) published by Springer International Publishing.

Cuadro 5. Estratificación de riesgo pretratamiento del Cáncer de Próstata

Grupo de riesgo	Etapa clínica	Escala de Gleason	PSA sérico
Grupos de riesgo estándar			
Bajo riesgo	T1c a T2a	≤6	<10 ng/ml
Riesgo intermedio	T2b-T2c	7	10 a 20 ng/ml
Alto riesgo	T3a	8 a 10	>20 ng/ml
Grupos de riesgo usados por el Memorial Sloan-Kettering and Seattle groups			
Bajo riesgo	≤T2a	≤6	<10 ng/ml
Riesgo intermedio	Un factor de riesgo elevado; Etapa clínica ≥T2a, Escala de Gleason ≥7, PSA ≥10 ng/ml		
Alto riesgo	Dos factores de riesgo elevados		

T1c: tumor identificado por biopsia por aguja (Ej. Por PSA elevado)

T2a: el tumor involucra una mitad de un lóbulo o menos

T2b: el tumor involucre más de una mitad de uno de los lóbulos pero no ambos lóbulos

T2c: el tumor involucra ambos lóbulos

T3a: Extensión extraprostática

Cuadro 6. Estrategias de Tratamiento por Etapas.

Enfermedad localizada	
Bajo Riesgo	Vigilancia activa
	Braquiterapia
	Prostatectomía radical
	Radioterapia radical
Riesgo intermedio	Vigilancia activa
	Braquiterapia
	Prostatectomía radical
	Radioterapia radical ± tratamiento de supresión hormonal neoadyuvante
Alto riesgo	Terapia de supresión hormonal neoadyuvante + radioterapia radical + terapia de supresión hormonal adyuvante, prostatectomía radical + linfadenectomía pélvica
Enfermedad localmente avanzada	
	Terapia de supresión hormonal neoadyuvante + radioterapia radical + terapia de supresión hormonal adyuvante, prostatectomía radical + linfadenectomía pélvica
Enfermedad metastásica	
No expuestos a hormonas	Terapia de supresión hormonal
Resistente a castración (primera línea)	Abiraterona
	Docetaxel
	Enzalutamida
	Radium-223
	Sipuleucel-T
Segunda línea (post Docetaxel)	Abiraterona
	Cabazitaxel
	Enzalutamida
	Radium-223

Fuente y modificado de: Parker C, Gillessen S, Heidenreich A, Horwich A, Cancer of the prostate: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 00: 1–9, 2015

Cuadro 7. Ventajas de las principales opciones de tratamiento para Cáncer de Próstata temprano

External beam radiation therapy (EBRT) Radioterapia externa
Control del cáncer eficaz a largo plazo con tratamientos de dosis altas
Muy bajo riesgo de incontinencia urinaria
Disponible para la cura de pacientes para un amplio margen de edades y para aquellos con comorbilidad significativa
Braquiterapia
Los porcentajes de control del cáncer se presentan como iguales a cirugía y al EBRT para tumores confinados a los órganos
Más rápido que EBRT (un solo tratamiento)
Disponible para la cura de pacientes para un amplio margen de edades y en aquellos con alguna comorbilidad
Prostatectomía radical
Control de cáncer eficaz a largo plazo
Las predicciones pronósticas pueden ser más precisas basadas en las características patológicas del espécimen
La disección de los nódulos linfáticos pélvicos es posible a través de la misma incisión
El fracaso de los niveles de PSA es fácil de detectar
Vigilancia activa
Reduce el sobretratamiento
Evita o pospone complicaciones asociadas al tratamiento
No tiene efecto en actividades sociales o de trabajo

Fuente y modificado de: Vogelzang NJ, Scardino PT, Shipley WU, et al. Comprehensive textbook of genitourinary oncology, 3rd Edition, Lippincott Williams & Wilkins 2005.

Cuadro 8. Desventajas de las principales opciones de tratamiento para Cáncer de Próstata temprano

EBRT Radioterapia externa
Riesgo significativo de disfunción eréctil
Falta remoción de nódulos linfáticos; los síntomas rectales tardíos son más comunes que con braquiterapia o prostatectomía radical
No está disponible el conocer posibles metástasis a nódulos linfáticos
Alrededor de la mitad de los pacientes presentan algunos síntomas temporales vesicales o intestinales durante el tratamiento
Braquiterapia
Riesgo significativo de disfunción eréctil
Falta de remoción de nódulos linfáticos; No está disponible el conocer posibles metástasis a

nódulos linfáticos
Alrededor de la mitad de los pacientes presentan algunos síntomas temporales vesicales o intestinales durante el tratamiento
Prostatectomía radical
Riesgo significativo de disfunción eréctil
Riesgo de morbilidad
Bajo riesgo de incontinencia a largo plazo
Vigilancia activa
El tumor puede progresar más allá de la posibilidad de curación
El tratamiento tardío puede resultar en una mayor cantidad de eventos adversos
El vivir con un cáncer no tratado puede causar ansiedad

Fuente y modificado de: Vogelzang NJ, Scardino PT, Shipley WU, et al. Comprehensive textbook of genitourinary oncology, 3rd Edition, Lippincott Williams & Wilkins 2005

Cuadro 9. Contraindicaciones relativas de las principales opciones de tratamiento para Cáncer de Próstata temprano

EBRT Radioterapia Externa
Irradiación pélvica previa
Enfermedad inflamatoria activa del recto
Muy baja capacidad vesical
Diarrea severa o crónica de cualquier causa
Braquiterapia
Irradiación pélvica previa
Glándula de gran volumen
Síntomas de retención importantes
Carga tumoral de alto grado*
Diarrea crónica moderada o severa
Enfermedad inflamatoria activa del recto
Prostatectomía radical
Alto riesgo medico operativo
Vejiga neurogénica
Vigilancia activa
Pacientes con gran ansiedad respecto al cáncer de próstata
Tumores de alto grado (> Gleason 6); descartar etapa T1c
Supervivencia esperada prolongada

*Se puede indicar braquiterapia en combinación con Radioterapia Externa

Fuente y modificado de: Vogelzang NJ, Scardino PT, Shipley WU, et al. Comprehensive textbook of genitourinary oncology, 3rd Edition. Lippincott Williams & Wilkins 2005.

Cuadro 10. Sistema de clasificación por grupo y grado ISUP (International Society of Urological Pathology)

Grupo y grado	Patrón y escala de Gleason
1	Grado 6 (3 + 3)
2	Grado 7 (3 + 4)
3	Grado 7 (4 + 3)
4	Grado 8 (4 + 4, 3 + 5, o 5 + 3)
5	Grado 9 ó 10 (4 + 5, 5 + 4, o 5 + 5)

Fuente y adaptado de: Epstein JI, Egevad L, Amin MB, et al. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: Definition of Grading Patterns and Proposal for a New Grading System. Am J Surg Pathol 2016; 40:244.

Cuadro 11. Los efectos de la terapia de privación androgénica en los factores de riesgo cardiacos

Desenlace	Hallazgos	Comentarios
Obesidad	Incremento en grasa corporal	La acumulación de grasa predomina en grasa subcutánea
Lípidos en suero	Incremento en colesterol LDL y triglicéridos	El colesterol HDL también incrementa
Sensibilidad a insulina	Incremento en la insulina plasmática en ayunas y decremento en la sensibilidad a la insulina	Pequeño incremento en la hemoglobina glucosilada

Fuente y modificado de: Levine GN, D'Amico AV, Berger P, et al. Androgen-deprivation therapy in prostate cancer and cardiovascular risk: a science advisory from the American Heart Association, American Cancer Society, and American Urological Association: endorsed by the American Society for Radiation Oncology. Circulation 2010; 121:833.