



NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2025

Cáncer de próstata en estadio temprano



Presentada con el apoyo de



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

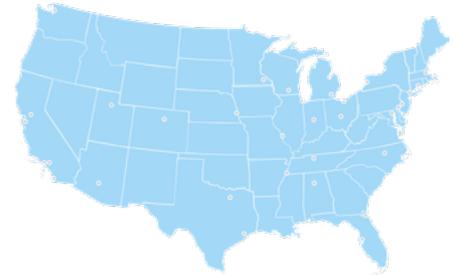
Disponible en Internet en
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)



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 2.2025, del 16 de abril de 2025.

Conozca cómo se preparan las NCCN Guidelines for Patients

[NCCN.org/patient-guidelines-process](https://www.nccn.org/patient-guidelines-process)

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 las siguientes
empresas colaboradoras por hacer posible esta
NCCN Guidelines for Patients: AstraZeneca;
Ferring Pharmaceuticals; Janssen Biotech, Inc.;
Novartis Pharmaceuticals Corporation y Pfizer 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

PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

- 4 Acerca del cáncer de próstata en estadio temprano
- 9 Síntomas y factores de riesgo del cáncer de próstata
- 14 Estudios para detectar el cáncer de próstata
- 25 Evaluación del riesgo
- 36 Tratamientos para el cáncer de próstata
- 50 Tratamiento inicial para su grupo de riesgo
- 63 Persistencia y recidiva del PSA
- 69 Otros recursos
- 73 Palabras que debe conocer
- 76 Colaboradores de NCCN
- 77 Centros oncológicos de NCCN
- 80 Índice

© 2025 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

Acerca del cáncer de próstata en estadio temprano

- 5 ¿Qué es el cáncer de próstata?
- 6 ¿Se puede curar el cáncer de próstata?
- 7 ¿Qué puede hacer para recibir la mejor atención?
- 8 ¿Qué contiene este libro?

La próstata es una glándula ubicada en el interior de la zona pélvica. Todas las personas con próstata pueden padecer este tipo de cáncer. El cáncer de próstata en estadio temprano en particular no suele ser mortal. 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 se multiplican y 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 tiene el tamaño

de una pelota de *ping-pong* aproximadamente y es una parte importante del aparato reproductor masculino. Este aparato también 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 cuando algo funciona mal en el proceso natural de las células, lo que hace que algunas de ellas se multipliquen y propaguen.

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 viven 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.

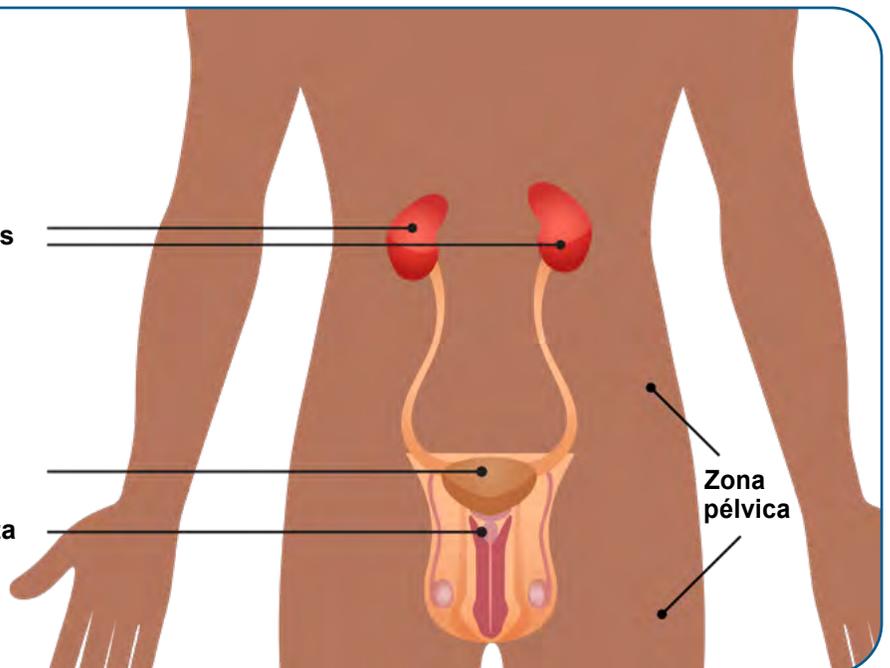
La glándula prostática es una parte importante del sistema reproductor masculino. Está ubicada en la zona pélvica, justo debajo de la vejiga y tiene el tamaño de una pelota de *ping-pong* aproximadamente.

Riñones

Vejiga

Próstata

Zona pélvica



El cáncer de próstata se puede dividir en cáncer en estadio temprano o en estadio avanzado.

Estadio temprano

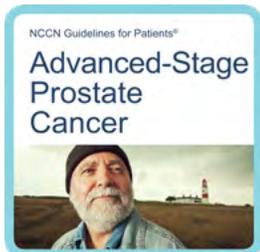
El cáncer de próstata en estadio temprano no se ha extendido a otros órganos. Por lo general, el cáncer se desarrolla lentamente y permanece dentro de la próstata. El cáncer que está contenido completamente dentro de la próstata se denomina cáncer de próstata localizado.

Este libro trata sobre el cáncer de próstata en estadio temprano (localizado).

Estadio avanzado

En el cáncer en estadio avanzado, las células cancerosas se han extendido fuera de la próstata a otras partes del cuerpo. Esta extensión se denomina metástasis o cáncer metastásico. El cáncer de próstata metastásico suele extenderse a los ganglios linfáticos, los huesos, el hígado, los pulmones u otros órganos.

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



¿Se puede curar el cáncer de próstata?

El cáncer de próstata en estadio temprano es muy tratable y con frecuencia se puede curar. Cuanto antes se diagnostique y se trate el cáncer de próstata, hay más probabilidades de que el paciente viva sin cáncer.

Sin embargo, muchas personas con cáncer de próstata en estadio temprano no necesitan recibir tratamiento de inmediato. Es más, la mayoría de las personas con cáncer en estadio temprano viven sin cáncer durante muchos años, y, en definitiva, usualmente fallecen por otras causas.

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, en la actualidad hay más opciones de tratamiento que nunca.

Los tratamientos recomendados para el cáncer de próstata en estadio temprano incluyen intervención quirúrgica, radioterapia y a veces hormonoterapia. Pero la mayoría de los pacientes con cáncer de próstata en estadio temprano pueden controlar el cáncer inicialmente mediante un seguimiento activo.

Durante el seguimiento activo, le realizarán estudios periódicamente para controlarlo de cerca. Pero no recibirá tratamiento, a menos que el tumor crezca o cambie de manera tal que requiera tratamiento.

El objetivo del seguimiento activo es evitar los posibles efectos secundarios del tratamiento, con la opción de tratar el cáncer en el futuro si lo necesita. Es posible que algunos pacientes en seguimiento activo nunca reciban tratamiento.

¿Qué puede hacer para recibir la mejor atención?

Luche por usted. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su cuidado. En realidad, es más probable que obtenga la atención que desea si hace preguntas y toma decisiones compartidas con su equipo de atención médica.

Las NCCN Guidelines for Patients le ayudarán a comprender los cuidados oncológicos. Con una mejor comprensión, estará más preparado para hablar de sus cuidados con su equipo y compartir sus inquietudes. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando desempeñan un papel activo en su atención.

Es posible que no sepa qué preguntar a su equipo de atención médica. Eso es frecuente. Cada capítulo de este libro termina con una sección importante titulada *Preguntas para hacer*. Estas sugerencias de preguntas le ayudarán a obtener más información sobre todos los aspectos de su atención.

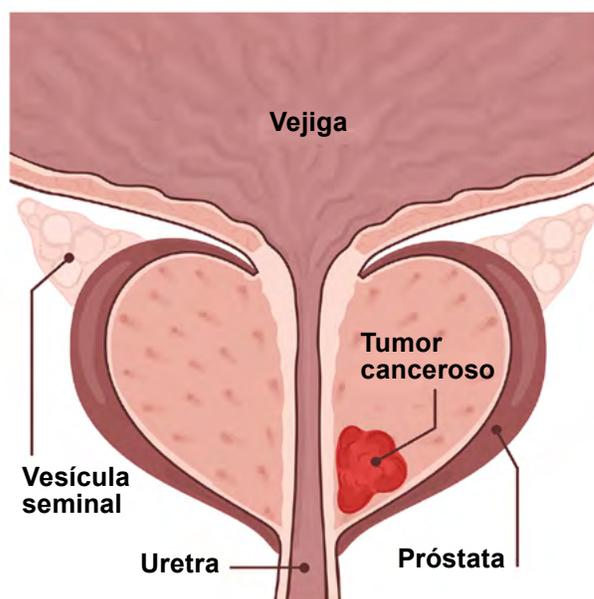
“

Ahora más que nunca, las personas con cáncer viven mejor y más tiempo gracias al poder de la investigación y los avances en los tratamientos”.

Dé el siguiente paso y siga leyendo para saber cuál es el mejor cuidado para usted.

Cómo es el cáncer de próstata en estadio temprano

El cáncer de próstata en estadio temprano no se ha extendido visiblemente a otros órganos. Suele crecer lentamente y permanecer dentro de la próstata. También se conoce como cáncer de próstata localizado.



¿Qué contiene este libro?

En este capítulo, solo se ofrece una breve descripción general del cáncer de próstata en estadio temprano. Los demás capítulos de este libro explican:

- Cómo sus factores de riesgo se relacionan con su cáncer de próstata.
- Por qué es tan importante obtener el diagnóstico correcto.
- Cómo interpretar su riesgo particular de cáncer de próstata.
- Cómo se puede personalizar el tratamiento para su cáncer de próstata.
- La seguridad de retrasar el tratamiento y sus motivos.
- Lo que puede hacer si reaparece el cáncer.
- Atención que va más allá del tratamiento del cáncer.

Por qué debería leer este libro

Tomar decisiones sobre la atención oncológica puede ser estresante. Es posible que tenga que tomar decisiones difíciles bajo presión sobre opciones complejas.

Las NCCN Guidelines for Patients son fiables tanto para los pacientes como para los proveedores de atención médica. En ellas, se explican con claridad las recomendaciones de atención actuales formuladas por respetados expertos en la materia. Las recomendaciones se basan en las investigaciones más recientes y prácticas de los mejores centros oncológicos.

La atención oncológica no es igual para todas las personas. Si sigue las recomendaciones de los expertos para su situación, tendrá más probabilidades de mejorar su atención y obtener mejores resultados. Utilice este libro como guía para encontrar la información que necesita para tomar decisiones importantes.

2

Síntomas y factores de riesgo del cáncer de próstata

- 10 ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de próstata?
- 12 ¿Cómo contrae cáncer de próstata?
- 13 Puntos clave
- 13 Preguntas para hacer

Las personas con cáncer de próstata suelen preguntarse por qué lo padecen. Los investigadores del cáncer no saben exactamente qué hace que las células prostáticas se conviertan en células cancerosas, pero determinados factores pueden aumentar su riesgo. Las personas con cáncer de próstata suelen tener uno o más de estos factores de riesgo.

El cáncer de próstata es el segundo cáncer más común en los hombres estadounidenses y tiene una de las tasas de supervivencia más altas de todos los tipos de cáncer cuando se detecta de manera temprana.

¿Cuáles son los síntomas del cáncer de próstata?

El cáncer de próstata suele crecer lentamente y no presenta síntomas durante mucho tiempo. En efecto, la mayoría de los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en estadio temprano no tienen síntomas.

Los síntomas son más habituales en las personas con cáncer de próstata avanzado.

Los síntomas, si se presentan, pueden incluir lo siguiente:

- Dificultad para orinar o vaciar la vejiga.
- Orinar con demasiada frecuencia.
- Presencia de sangre en la orina o en el semen.
- Ardor o dolor al orinar.
- Dolor de huesos, cadera o espalda.
- Disminución de peso inexplicable.

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 empujar la vejiga y comprimir la uretra. Esto 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. Pero si presenta alguno de estos síntomas, asegúrese de contárselos a sus profesionales de atención médica.

Algunos síntomas de la HPB incluyen tener problemas para orinar o dificultad para retener la orina, dolor u otra sensación en la entrepierna o en la zona pélvica, disfunción eréctil (dificultad para lograr la erección) y dolor durante la eyaculación.

¿Dónde se encuentra la próstata?

La próstata se encuentra en el interior de la parte inferior del cuerpo. Produce semen y 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 una proteína (antígeno prostático específico o PSA) que nutre y ayuda a transmitir el semen. Además, la próstata contiene músculos que ayudan a impulsar el semen a través de la uretra durante la eyaculación.

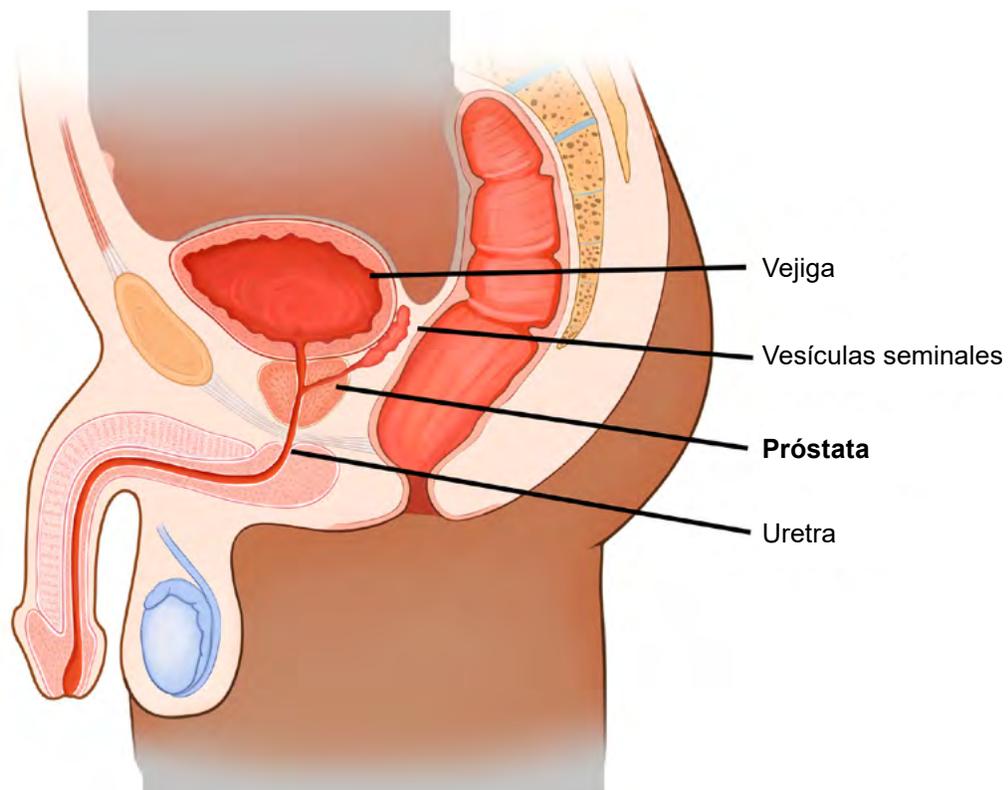
Semen: fluido compuesto por líquidos de la próstata y las vesículas seminales como

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 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.



¿Cómo contrae cáncer de próstata?

Muchas personas con cáncer de próstata se preguntan de dónde vino y cómo lo contrajeron. Los investigadores del cáncer no saben 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.

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. Tener un pariente cercano (hermano o padre) con cáncer de próstata significa que usted tiene más probabilidades de tenerlo.

Las personas con antecedentes familiares de ciertos tipos de cáncer (mama, ovario, colon, páncreas y otros) también pueden tener un mayor riesgo de padecer cáncer de próstata.

¿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 utiliza para describir el tratamiento que es más fuerte o más intenso que otras opciones de tratamiento.

Factores genéticos

Cuando el cáncer “está presente en la familia”, pueden realizarse estudios genéticos para detectar cambios genéticos específicos relacionados con el cáncer de próstata u otros tipos de cáncer. Por ejemplo, tener un cambio genético hereditario en el gen *BRCA2* aumenta el riesgo de padecer cáncer de próstata.

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.

El cáncer de próstata se diagnostica con menos frecuencia en hombres hispanicos y asiáticos que en los hombres de raza negra y blanca.

Hay varios puntos que contribuyen con estas diferencias, como barreras para acceder a la atención médica (incluida la detección temprana), factores biológicos y genéticos, y otras causas. Los especialistas están realizando investigaciones en estas áreas.

A la luz de estas cuestiones, se anima a los hombres de raza negra a hablar con sus profesionales de atención médica sobre la posibilidad de someterse a pruebas de detección más temprano y, tal vez, con más frecuencia de lo recomendado para los hombres con un riesgo medio.

Alimentación y estilo de vida

No se ha demostrado que ningún tipo de alimentación cause 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 padecer un cáncer de próstata. Mantener un peso saludable mediante la alimentación y el ejercicio puede ralentizar el crecimiento del cáncer y reducir el riesgo de morir por su causa.

Puntos clave

- Todas las personas con próstata tienen riesgo de tener este tipo de cáncer.
- En la mayoría de las personas, el cáncer de próstata se desarrolla lentamente y permanece dentro de la próstata.
- La mayoría de las personas con cáncer de próstata en estadio temprano no tiene síntomas. Y no todos los hombres diagnosticados con cáncer de próstata necesitan recibir tratamiento.
- La edad es el factor de riesgo principal del cáncer de próstata. A medida que envejece, su probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta.
- Las personas con antecedentes familiares de ciertos tipos de cáncer también pueden tener un mayor riesgo de padecer cáncer de próstata.

Preguntas para hacer

- ¿Qué probabilidades hay de que el cáncer se haya extendido a otros órganos?
- Si no tengo ningún síntoma, ¿necesito tratamiento?
- ¿Mi cáncer de próstata es hereditario?

3

Estudios para detectar el cáncer de próstata

- 15 Acerca de los estudios
- 16 Estudios habituales de la próstata
- 18 Pruebas médicas generales
- 19 Estudios de diagnóstico
- 24 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 24 Puntos clave
- 24 Preguntas para hacer

Es necesario realizar estudios para diagnosticar el cáncer de próstata y saber si se trata de cáncer en estadio temprano o en estadio avanzado. Los resultados de estos estudios ayudarán a su médico a planificar el mejor tratamiento para usted.

Acerca de los estudios

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.

“

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”.

Este capítulo le servirá para saber qué estudios podrían 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 la prueba de antígeno prostático específico (PSA) y el examen de tacto rectal.

Análisis de PSA

Es un análisis de sangre que mide el nivel de PSA en el torrente sanguíneo. El PSA es una proteína que se produce dentro de la próstata. Su función 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.

Análisis de PSA

El antígeno prostático específico (PSA) es una proteína que se produce dentro de la glándula prostática. Si hay algún problema con la próstata, esta puede producir más PSA. Un nivel inusualmente alto de PSA en la sangre podría ser un indicio de cáncer de próstata.

Pero un nivel alto de PSA no significa automáticamente que tiene cáncer de próstata. En cambio, es una señal de advertencia de que es posible que necesite realizarse más estudios.



Examen de tacto rectal

El médico introduce un dedo en el recto para palpar la próstata y detectar si hay signos de cáncer. Para ello, usa guantes y un lubricante para que sea más fácil.

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. Una próstata con partes irregulares o endurecidas podría indicar la presencia de un tumor.

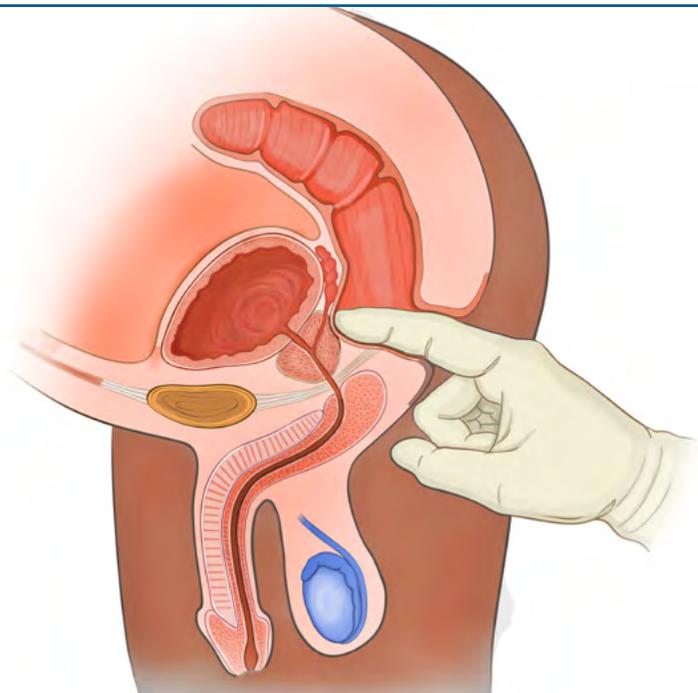
Sin embargo, no se pueden palpar todas las partes de la próstata durante el examen de tacto rectal. Por ello, se suele acompañar con un análisis de PSA y evaluar otros factores, como su edad, raza, antecedentes familiares, etc., para determinar si necesita otros estudios.

No le tema al examen de tacto rectal

El examen de tacto rectal es la manera más simple y directa de comprobar el tamaño y la textura de la próstata. Aunque puede ser incómodo, dura menos de un minuto.

Examen de tacto rectal

Un examen de tacto rectal es un procedimiento en el que el médico introduce un dedo a través del recto para palpar la próstata. 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 este examen. Por lo tanto, se utilizan otras pruebas, como el nivel de PSA y los estudios de diagnóstico por imágenes, para obtener una imagen más completa de la salud de su próstata.



Pruebas médicas generales

Antecedentes médicos

Su equipo de atención médica 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 de atención médica sobre cualquier síntoma que tenga.

Lleve una lista de los medicamentos nuevos y antiguos e incluso los de venta libre, herbarios o los suplementos que esté tomando. Algunos de ellos (como Propecia para la caída del cabello, la palma enana americana o la hierba de San Juan) pueden causar cambios en sus niveles de PSA, es por ello que su profesional de atención médica debe saber si los está tomando.

Antecedentes familiares

Al igual que otras enfermedades, algunos tipos de cáncer pueden ser hereditarios. El equipo de atención médica 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 y cualquier cambio en los antecedentes familiares con su equipo de atención médica.



¿Quién forma parte de su equipo de atención médica?

El tratamiento del cáncer de próstata requiere un abordaje en equipo. Algunos integrantes del equipo de atención médica lo acompañarán durante todo el tratamiento, en tanto otros estarán presentes durante ciertos momentos.

Los miembros de su equipo deben comunicarse entre sí y trabajar juntos para aportar los mejores conocimientos de cada especialidad.

Los miembros que lideren su equipo deben incluir especialistas en cáncer de próstata como el urólogo, el radiooncólogo y el médico oncólogo.

Otros miembros habituales del equipo son el médico de atención primaria, la enfermera, el fisioterapeuta, el auxiliar médico, el profesional de salud mental, el nutricionista o dietista, el asesor genético, el farmacéutico, el orientador del paciente, el trabajador social y el terapeuta sexual, entre otros.



Es normal tener días malos, pero no se dé por vencido. La actitud positiva ayuda mucho”.

Síntomas y calidad de vida

Su médico u otro miembro de su equipo de atención médica 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 médica pueda realizar una evaluación total y actualizada de su estado.

Análisis de sangre y orina

Para realizar un análisis de sangre, se introduce una aguja en la vena del brazo a fin de extraer una muestra de sangre. La muestra se examina en un laboratorio donde se estudian las células, proteínas y otros componentes de la sangre para detectar si hay signos de la enfermedad u otras afecciones.

Si su nivel de PSA es más alto, es posible que le hagan otros análisis de sangre u orina.

Estudios de diagnóstico

Si en el análisis de PSA, el examen de tacto rectal, los análisis de sangre u orina, u otros factores (como los antecedentes familiares, la raza o la edad) hay indicios de cáncer de próstata, le recomendarán realizarse estudios de diagnóstico.

Hable con su médico si el próximo paso es hacerse una biopsia o un estudio de diagnóstico por imágenes.

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).

Las imágenes también se utilizan después del tratamiento del cáncer para determinar si funcionó y comprobar si ha regresado.

Después de realizar el estudio, un radiólogo estudiará las imágenes. El radiólogo es un experto en lectura de estudios de diagnóstico por imágenes. El radiólogo enviará los resultados al médico para que analice los resultados con usted. No olvide preguntar cualquier duda que tenga.

Es posible que no se necesiten estudios de diagnóstico por imágenes para el cáncer de próstata en estadio temprano. Si los resultados de sus análisis de PSA, tacto rectal y biopsia de próstata indican que el riesgo de que el cáncer haga metástasis es bajo, es posible que no necesite estudios de diagnóstico por imágenes en este momento.

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

RM

La exploración por resonancia magnética (RM) usa ondas de radio e imanes potentes para generar una imagen 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.

La RM suele usarse antes de una biopsia para localizar zonas sospechosas de la próstata en donde se deben tomar muestras durante la biopsia.

Con más frecuencia se utiliza después del diagnóstico para determinar si el cáncer ha avanzado fuera de la próstata o ha tomado los ganglios linfáticos. Puede ayudar a planificar el tratamiento o decidir si es adecuado realizar un seguimiento activo. La RM también se puede usar después del tratamiento para verificar si el cáncer ha regresado (recidiva).

El resonador es una máquina grande que tiene un túnel en el centro. Esta máquina hace mucho ruido, pero puede usar tapones para los oídos o escuchar música con auriculares.

Antes de hacerle este estudio, pueden darle un medio de contraste. El medio de contraste se utiliza para resaltar los vasos sanguíneos, los órganos y otros tejidos en las imágenes. El medio de contraste se inyecta en el torrente sanguíneo y se elimina por la orina.

Como la RM usa imanes, no lleve ningún objeto metálico (como teléfonos celulares, alhajas, reloj pulsera, cinturón con hebilla metálica) a la sala de diagnóstico por imagen.

TC

Si la opción de RM no está disponible o no se recomienda para usted, podrían indicarle una exploración por tomografía computarizada (TC o TAC). La exploración por TC toma muchas radiografías del cuerpo desde distintos ángulos. Una computadora combina todas las radiografías para obtener una serie de imágenes de sección transversal.

La TC suele utilizarse después del diagnóstico para determinar la extensión del cáncer en el cuerpo (el estadio de su cáncer).

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 se utiliza después de que haber sido diagnosticado para determinar la extensión del cáncer o para ver si ha hecho metástasis. Este estudio también puede mostrar si el tratamiento está funcionando.



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 se utiliza después de que haber sido diagnosticado 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. Este se dirige a las células cancerosas, que aparecen como puntos brillantes en la exploración.

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. Estos métodos de estudio combinados se llaman TEP/TC y TEP/RM.

Gammagrafía ósea

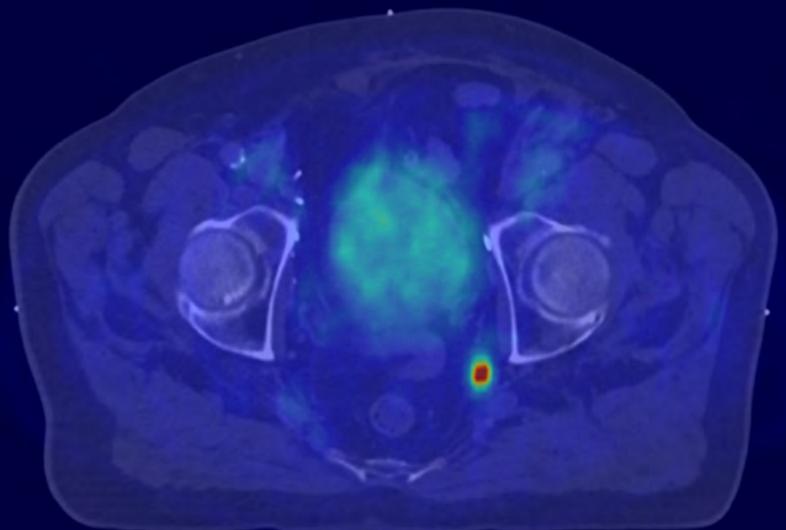
La gammagrafía ósea puede detectar si el cáncer se ha extendido a los huesos. Este estudio se puede usar si tiene dolor en los huesos, si tiene un alto riesgo de metástasis óseas o si hay cambios en ciertos resultados del estudio. Es posible que también se utilicen gammagrafías óseas para controlar la acción del 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.

Una cámara especial tomará imágenes del radiomarcador en los huesos. Las zonas con daño óseo absorben más radiomarcador que los huesos sanos. Estas zonas dañadas aparecen como puntos brillantes en las imágenes. El daño óseo puede producirse por el cáncer, el tratamiento contra el cáncer u otros problemas de salud.

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 del centro de la imagen 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.



Biopsia

Aunque un nivel de PSA elevado y un examen de tacto rectal anormal son signos de un posible cáncer de próstata, la única forma de confirmarlo es mediante una biopsia. Una biopsia es un procedimiento en el que se extrae una muestra de células o tejido del cuerpo y se analiza para detectar cáncer. Usted y sus médicos decidirán cuándo debe realizarse una biopsia o si es necesaria.

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 médico introducirá una sonda lubricada en el recto. La sonda proporciona imágenes que le permiten al equipo tratante ver la próstata dentro del cuerpo.

Luego se introduce una aguja hueca en la glándula prostática a través del recto o del perineo (la piel entre el ano y el escroto).

Cuando se retira la aguja, se extrae una pequeña muestra de tejido prostático llamada cilindro tisular. El cilindro tisular mide solo 1 o 2 milímetros

de ancho (aproximadamente el ancho de un escarbadiantes) y unos 12 a 20 milímetros de largo (la longitud de una pasa de uva).

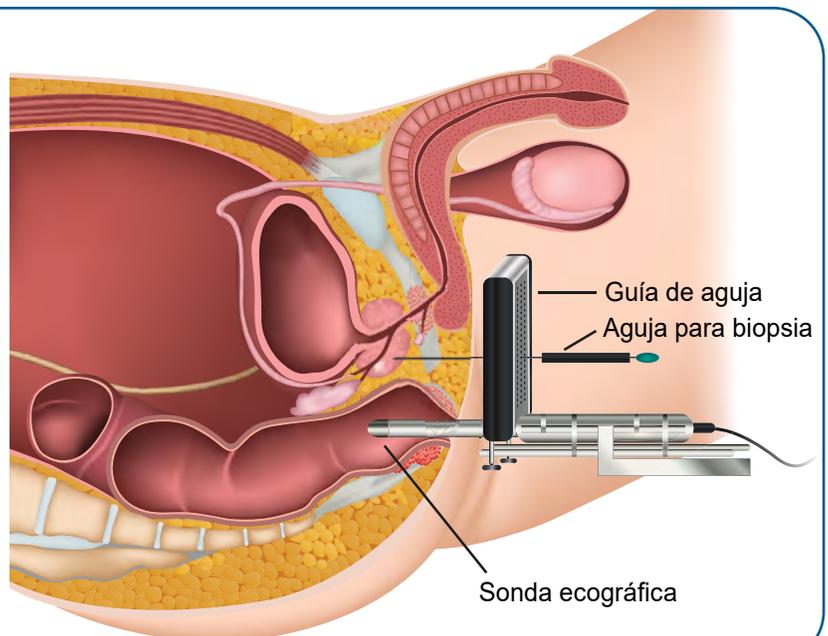
Por lo general, el médico tomará al menos 12 muestras aleatorias de diferentes partes de la próstata, así como varias muestras específicas de zonas sospechosas de la próstata identificadas en la RM. Analizar diferentes zonas proporciona una evaluación más completa del cáncer en toda la glándula.

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. Aquí presentamos 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 la 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 médica que revise el informe anatomopatológico con usted.

Es común tener que realizarse más de una biopsia si está en la fase de seguimiento activo. Se realizará una biopsia para determinar el diagnóstico y otra al año (llamada biopsia confirmatoria) para determinar si se han producido cambios con el tiempo.

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.

Pruebas de biomarcadores

Un biomarcador es algo que se encuentra en su cuerpo que se puede medir para evaluar su salud. En la atención del cáncer, un biomarcador se puede utilizar para detectar el cáncer. Determinadas mutaciones (cambios) en el ADN del tumor son biomarcadores.

Las pruebas de biomarcadores buscan detectar esos cambios. Siempre que sea posible, estas pruebas deben realizarse en un trozo del tejido tumoral extirpado durante una biopsia o cirugía. Si esto no es posible, se puede analizar una muestra de sangre.

Es importante saber que las pruebas de biomarcadores pueden ayudar a guiar el tratamiento. Pueden detectar si el cáncer de una persona tiene una mutación que se puede tratar con un tratamiento específico para esa mutación.

Las pruebas de biomarcadores también pueden identificar si el cáncer tiene riesgo bajo o alto de crecer y extenderse. Si el cáncer es de bajo riesgo, es posible que pueda posponer el tratamiento, lo que también evita los efectos secundarios y las complicaciones relacionadas. Si el cáncer es de alto riesgo, su médico puede recomendarle que empiece el tratamiento de inmediato.

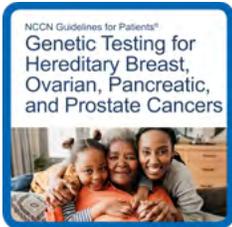
Las pruebas de biomarcadores son diferentes de los análisis genéticos. Las pruebas de biomarcadores buscan detectar las mutaciones somáticas. Las mutaciones somáticas (o adquiridas) ocurrieron durante su vida y no pueden transmitirse en las familias. Los análisis genéticos se utilizan para detectar mutaciones de estirpe germinal (heredadas) que se transmiten de padres a hijos.

Análisis genéticos para el riesgo hereditario

La mayoría de los tumores de próstata no son hereditarios. Si tiene antecedentes familiares de determinados tipos de cáncer, su médico puede indicarle la realización de análisis genéticos para detectar si tiene riesgo de estirpe germinal (hereditario) de padecer cáncer.

Su médico puede hablar con usted sobre los estudios o derivarlo a un asesor genético. Un asesor genético es un experto especialmente capacitado en enfermedades genéticas. El asesor genético puede ayudar a decidir si usted es un buen candidato para someterse a análisis genéticos, incluido si su riesgo es lo suficientemente alto como para que merezca la pena realizarlos. El asesor genético también puede interpretar los resultados de estos estudios.

Para obtener información sobre los análisis genéticos para el cáncer de próstata hereditario, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Análisis genéticos para cáncer hereditario de mama, ovario, páncreas y próstata* en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



¿Cuál es el siguiente paso?

Le han hecho varias pruebas para averiguar si tiene cáncer de próstata. Luego, su equipo de atención médica usará esos resultados para determinar si su cáncer de próstata tiene un riesgo alto o bajo.

Una vez que se haya identificado su nivel de riesgo, su equipo evaluará si necesita tratamiento y, de ser así, cuál será su plan de tratamiento.

Puntos clave

- Un nivel inusualmente alto de PSA en el torrente sanguíneo podría ser un indicio de cáncer de próstata.
- El examen de tacto rectal es la manera más simple de comprobar el tamaño y la textura de la próstata.
- Para confirmar el cáncer de próstata (diagnóstico), se debe realizar una biopsia. Es un procedimiento en el que se extraen muestras de células o tejido para detectar cáncer.
- Se pueden realizar estudios de diagnóstico por imágenes para determinar si el cáncer se ha extendido más allá de la próstata.
- Los análisis genéticos se utilizan para saber si tiene un riesgo hereditario de cáncer.
- Las pruebas de biomarcadores buscan cambios específicos que se pueden utilizar para identificar características del cáncer. El tratamiento puede dirigirse hacia algunos de estos biomarcadores.

Preguntas para hacer

- ¿Qué pruebas tendré que hacerme? ¿Cómo me preparo para las pruebas?
- ¿Las pruebas tienen algún riesgo?
- ¿Alguna de las pruebas es dolorosa?
- ¿Con qué frecuencia se equivocan estas pruebas?
- ¿Cuándo sabré los resultados y quién me los explicará?

4

Evaluación del riesgo

- 26 Grupos de riesgo
- 33 Esperanza de vida
- 33 Nomogramas
- 33 Análisis de riesgo especializados
- 34 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 35 Puntos clave
- 35 Preguntas para hacer

Es importante conocer el riesgo de que empeore su cáncer. Su equipo de atención médica examinará características clave del cáncer para evaluar este riesgo. Este capítulo explica cada una de estas características.

Después de que le digan que tiene cáncer, su siguiente pensamiento puede ser: “¿Cuándo debería comenzar el tratamiento para eliminarlo?”.

Es un hecho que muchos pacientes con cáncer de próstata en estadio temprano no necesitan tratamiento de inmediato. Muchos no lo necesitan nunca.

Para determinar cuándo se debería comenzar el tratamiento, su médico realizará una evaluación de riesgos. Esta implica determinar la probabilidad del cáncer de permanecer dentro de la próstata o diseminarse fuera de ella.

La evaluación de riesgos también considera si el cáncer puede reaparecer después del tratamiento (recidiva) y, de ser así, si se puede controlar con un tipo diferente de tratamiento.

Para evaluar los riesgos, sus médicos usan las siguientes herramientas: **grupos de riesgo, esperanza de vida, nomogramas y análisis de riesgo especializados.**

Analicemos cada una de estas herramientas de evaluación:

Grupos de riesgo

¿Por qué debe conocer su grupo de riesgo? Porque su grupo de riesgo es la base de su pronóstico.

El pronóstico predice la evolución y el resultado probables de una enfermedad. Su pronóstico guía sus opciones de tratamiento. Por ejemplo, los pacientes con menor riesgo suelen recibir un tratamiento mínimo o ningún tratamiento en absoluto. Los pacientes con mayor riesgo suelen recibir un tratamiento más agresivo.

Para clasificar su enfermedad en uno de los seis grupos de riesgo diferentes, desde riesgo muy bajo hasta riesgo muy alto, su equipo de atención médica analizará las características clínicas de su cáncer: nivel de PSA, grupo de grado, estadio tumoral y resultados de la biopsia.

Nivel de PSA

Con un simple análisis de sangre sabrá cuánto antígeno prostático específico (PSA) hay en su torrente sanguíneo. Un nivel alto de PSA puede indicar riesgo de padecer cáncer de próstata. Sin embargo, los niveles altos de PSA pueden variar según la edad, la raza y otros factores:

- **Edad:** el nivel de PSA tiende a aumentar con la edad. Para las personas de 40 años, un nivel de PSA superior a 2,5 ng/ml es un indicio de enfermedad. Para las personas de 60 años, el indicio de enfermedad es de 4,5 ng/ml. Un nivel de PSA de 10 ng/ml o más es una señal de peligro a cualquier edad.
- **Raza:** los niveles normales de PSA tienden a ser más altos en los hombres de raza negra que en los hombres de raza blanca, aproximadamente 1 punto más alto en promedio en los hombres de la misma edad. Los investigadores no saben la razón de esta diferencia, pero la están investigando.

- **Agrandamiento de la próstata:** cuanto más grande es la próstata, más PSA puede producir. Otros problemas de salud, además del cáncer, pueden causar agrandamiento de la próstata.
- **Relaciones sexuales y ejercicio:** el PSA puede aumentar después de eyacular o de hacer ejercicios vigorosos. Su médico puede recomendarle que evite tener relaciones sexuales y hacer ejercicio durante unos 7 días antes de realizarse un análisis de PSA. Este breve descanso permite que el PSA vuelva a su nivel habitual.
- **Medicamentos y suplementos:** algunos medicamentos, hierbas y suplementos también pueden afectar el nivel de PSA.
- **Biopsia:** el nivel de PSA aumenta temporalmente después de una biopsia de próstata.

Sin embargo, el nivel de PSA no es la única forma de evaluar todo el panorama. Hay otras maneras de interpretar el PSA, como su densidad.

Densidad del PSA

Si tiene agrandamiento de la próstata, es posible que tenga un nivel de PSA más elevado. Pero esto no significa que tenga un mayor riesgo de cáncer de próstata. Del mismo modo, quienes tienen próstatas pequeñas o muy pequeñas y bajos niveles de PSA no necesariamente tienen un menor riesgo.

Para adaptarse a esto, su equipo de atención médica puede calcular la densidad del PSA.

La densidad del PSA es la cantidad de PSA en comparación con el tamaño de la próstata. Una densidad del PSA más elevada indica una mayor probabilidad de cáncer.

Aunque sus probabilidades de tener cáncer de próstata aumentan a medida que envejece, todas las personas con próstata corren riesgo de padecer este tipo de cáncer.



Grupo de grado

Si se encuentran células cancerosas en sus muestras de biopsia, otras pruebas pueden identificar su riesgo de cáncer. Los resultados de estas pruebas pueden indicar que el cáncer crecerá y se extenderá rápidamente, por ejemplo. O bien, los resultados pueden indicar que el cáncer crecerá muy lentamente y no se extenderá fuera de la próstata. Esta información ayuda a planificar el mejor plan de tratamiento para su tipo de cáncer.

Al analizar las muestras de la biopsia, el anatomopatólogo identifica determinados patrones de células cancerosas (llamados patrones de Gleason), que se usan para calcular su puntuación de Gleason, que se traduce en su grupo de grado.



Su grupo de grado se combina con otros factores para determinar su grupo de riesgo.

Esto puede resultar confuso al principio, pero al final no es tan complicado. Siga leyendo.

Patrones de Gleason

Después de estudiar la muestra de biopsia con un microscopio, el anatomopatólogo asignará un número según el “patrón” de células cancerosas (patrón de Gleason) de la muestra.

A un patrón que se parece más a las células normales y sanas se le asigna un número más bajo. A un patrón que parece más anormal se le asigna un número más alto.

Los patrones de Gleason varían del 1 al 5. Sin embargo, los patrones 1 y 2 no se consideran cáncer y ya no se usan. Así que el más bajo es el patrón 3, que es el que más se parece a las células normales.

Puntuación de Gleason

Si los tumores de próstata tuvieran solo un patrón de células cancerosas, calcular el riesgo sería mucho más fácil. Pero las biopsias de próstata suelen contener más de un patrón de células.

Para dar cuenta de esto, los dos patrones de Gleason que se encuentran con más frecuencia en la muestra de biopsia se combinan con una única puntuación de Gleason. Al patrón de células cancerosas que ocupa la mayor superficie en la muestra se le asigna el primer número. Al patrón que representa la segunda superficie más grande se le asigna el segundo número.

Si se suman ambos números, se obtiene la puntuación de Gleason. Por ejemplo:

**patrón 3 + patrón 4 =
puntuación de Gleason de 7**

Una puntuación de Gleason representa en qué medida su muestra de biopsia se parece al tejido prostático normal. Además, calcula la agresividad del cáncer de próstata (con qué rapidez puede crecer y si se extenderá). Una puntuación de Gleason más elevada significa que es más probable que el cáncer crezca y se extienda más rápidamente que si tuviera una puntuación inferior.

La puntuación de Gleason oscila entre 6 y 10; 6 es el nivel más bajo. Una puntuación de Gleason de 7 es un grado intermedio y entre 8 y 10 es de grado elevado. Esto puede resultar confuso porque 6 parece una puntuación intermedia, no una puntuación baja. Entonces, para que sea más fácil

usar la puntuación de Gleason, se puede organizar en grupos de grado.

Grupos de grado

Un grupo de grado es una manera de interpretar la puntuación de Gleason. Hay cinco grupos de grado, numerados del 1 al 5. Cuanto más alto el grupo de grado, más agresivo es el cáncer. Entonces, el cáncer con una puntuación de Gleason de 6, la puntuación más baja, equivale al Grupo de grado 1. Del mismo modo, el cáncer con una puntuación de Gleason de 9 o 10 se transforma en el grupo de grado 5, la puntuación más elevada.

Guía 1

Cómo conocer su riesgo a partir de su puntuación de Gleason

Patrones de Gleason	Puntuación de Gleason	Grupo de grado	Pronóstico
3+3	6	1	El cáncer de grado bajo es menos agresivo y es probable que crezca y se extienda muy lentamente. Si el cáncer es pequeño, pueden pasar muchos años antes de que se convierta en un problema. Es posible que el cáncer de grado bajo nunca requiera tratamiento.
3+4	7	2	El cáncer de grado intermedio es moderadamente agresivo y es probable que crezca y se extienda de manera moderada. Si el cáncer es pequeño, pueden pasar varios años antes de que se convierta en un problema. Para evitar problemas, puede requerirse el tratamiento.
4+3	7	3	
4+4 3+5 5+3	8	4	El cáncer de grado alto es muy agresivo y es probable que crezca y se extienda de manera rápida. Si el cáncer es pequeño, pueden pasar algunos años antes de que se convierta en un problema potencialmente mortal. Para evitar problemas, puede requerirse el tratamiento ahora.
4+5 5+4 5+5	9 o 10	5	

Es importante saber que este sistema también tiene en cuenta que los grupos de grado 2 y 3 tienen una puntuación de Gleason de 7. La diferencia es que el cáncer del grupo de grado 3 es más grave. ¿Por qué? Porque el primer número de la puntuación de Gleason del grupo de grado 3 (4+3) es mayor que el primer número del grupo de grado 2 (3+4). Recuerde, el primer número se asigna al patrón de cáncer que ocupa la mayor superficie de la muestra de biopsia.

El grupo de grado 1 indica un riesgo bajo. Los grupos de grado 2 y 3 corresponden a un riesgo intermedio. Los grupos de grado 4 y 5 predicen un riesgo alto y muy alto. **Consulte la Guía 1.**

Estadio tumoral

La siguiente característica que contribuye a determinar el grupo de riesgo general es el estadio tumoral.

La estadificación es una manera de describir la gravedad 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.

El sistema TNM (tumor, ganglio y metástasis) se usa para clasificar el cáncer de próstata en estadios. 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 a partes distantes del cuerpo (hizo metástasis).

Sus médicos asignarán un número a cada letra, en función de los resultados de las pruebas. Por ejemplo, el número después de la T oscila entre 0 y 4 según el tamaño y el crecimiento del tumor. Cuanto más alto el número, más grande es el tumor o mayor es la extensión del cáncer.

Las puntuaciones de T, N y M se combinan para asignar un estadio al cáncer.

Por ejemplo, supongamos que a su cáncer de próstata se le asigna una puntuación TNM de T2, N0, M0. Esta puntuación significa que el tumor es lo suficientemente grande como para palparlo durante el examen de tacto rectal (T2). Pero los números de N y M son ceros porque el cáncer en estadio temprano no se ha extendido fuera de la glándula prostática hacia los ganglios linfáticos (N0) ni a partes distantes del cuerpo (M0).

También puede agregarse una letra después del estadio tumoral (T2a, por ejemplo) para dar más información en función del examen de tacto rectal o el análisis del tejido prostático. La letra representa la extensión del cáncer o su ubicación en la próstata. **Consulte la Guía 2.**

La estadificación del cáncer suele realizarse dos veces. La primera vez, antes del tratamiento. La segunda, durante el tratamiento o después de este para ver cómo ha resultado.

Resultados de la biopsia

Los resultados de la punción con aguja gruesa también ayudan a determinar su grupo de riesgo general. Un dato es la cantidad de cilindros tisulares que contienen cáncer (por ejemplo, 5 de 12 en cada muestra). Con esta información, el anatomopatólogo puede estimar la cantidad de cáncer en toda la próstata.

Los resultados de la biopsia también pueden indicar si el cáncer se concentra en una determinada sección (o secciones) de la próstata.

¿Cuál es su grupo de riesgo?

De acuerdo con los resultados de estas pruebas y cálculos —nivel de PSA, grupo de grado, estadio tumoral y resultados de la biopsia— se lo colocará en un grupo de riesgo inicial. **Consulte la Guía 3.**

Su grupo de riesgo ayuda a determinar qué opciones de tratamiento pueden ser las mejores para usted. Usar estas pruebas en conjunto para crear grupos de riesgo es más confiable que usar una prueba sola para elegir las opciones de tratamiento.

Guía 2

Características del tumor para el estadio T

T1: el tumor no se puede palpar en el examen de tacto rectal, pero la biopsia detectó células cancerosas.	T1a	Se detectó el tumor de manera inesperada durante otro procedimiento. Solo una pequeña parte (cinco por ciento [5 %] o menos) del tejido extraído es cáncer.
	T1b	Se detectó el tumor de manera inesperada durante otro procedimiento. Más de una pequeña parte (más del cinco por ciento [5 %]) del tejido extraído es canceroso.
	T1c	Un nivel alto de PSA determina la necesidad de indicar una biopsia de próstata.
T2: el tumor se puede palpar durante el examen de tacto rectal. No se ha extendido por fuera de la próstata.	T2a	El cáncer se encuentra en la mitad o menos de la mitad de un lado de la próstata.
	T2b	El cáncer se encuentra en más de la mitad de un lado de la próstata, pero no en ambos lados.
	T2c	El cáncer se ha extendido a ambos lados de la próstata.
T3: el tumor se ha extendido fuera de la próstata a los tejidos cercanos, pero no más allá.	T3a	El cáncer se ha extendido fuera de la próstata, pero no hacia las vesículas seminales.
	T3b	El cáncer se ha extendido fuera de la próstata y hacia las vesículas seminales.
T4: el tumor se ha extendido fuera de la próstata a los tejidos cercanos y también hacia otras zonas.	T4	El tumor ha crecido fuera de la próstata y se ha extendido hacia tejidos u órganos cercanos como la vejiga, el recto, la pared pélvica o los músculos pélvicos.

Guía 3

Características de su grupo de riesgo

Grupo de riesgo	Nivel de PSA	Grupo de grado	Estadio tumoral	Resultados de la biopsia
	Debe tener todas estas características:			
Riesgo muy bajo	Inferior a 10 ng/ml	1	T1c	El cáncer se encuentra en 1 o 2 cilindros tisulares y no más de la mitad de los cilindros muestran cáncer.
	Debe tener todas estas características:			
Riesgo bajo	Inferior a 10 ng/ml	1	T1 a T2a	
	Debe tener solo una de estas características			
Riesgo intermedio reducido	De 10 a 20 ng/ml	2	T2b o T2c	Y el cáncer se encuentra en menos de la mitad de todos los cilindros tisulares.
	Debe tener dos o tres de estas características:			
Riesgo intermedio elevado	De 10 a 20 ng/ml	2 o 3	T2b o T2c	O al menos una de estas características y el cáncer se encuentra en más de la mitad de todos los cilindros tisulares.
	Debe tener al menos una de estas características:			
Alto riesgo	Superior a 20 ng/ml	4 o 5	T3a a T4	
	Debe tener al menos dos de estas características:			
Muy alto riesgo	Superior a 40 ng/ml	4 o 5	T3 a T4	

Pero los grupos de riesgo no son la única herramienta de evaluación del riesgo. También se utilizan la esperanza de vida, los nomogramas y los análisis de riesgo especializados.

Esperanza de vida

La esperanza de vida es el promedio de vida de una persona. Se mide en años. Una estimación de su esperanza de vida es un factor clave para decidir qué estudios y tratamientos necesitará.

Es importante saber que la esperanza 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 esperanza de vida se puede aplicar a una determinada población o rango de edad, pero no es tan sencillo hacer un cálculo preciso de la esperanza de vida de una persona en particular.

Entonces, ¿por qué calcular su esperanza de vida? En ocasiones, los pacientes de ciertos grupos de riesgo deben esperar hasta que aparezcan los síntomas antes de hacerse los estudios o comenzar el tratamiento. Es posible que no resulte beneficioso hacerse estudios adicionales o hacer un tratamiento si no tiene ningún síntoma o si tiene otras afecciones de salud que pongan en riesgo la vida.

Si no tiene ningún síntoma y padece un cáncer de próstata de riesgo muy bajo, bajo o intermedio y una esperanza de vida de 5 a 10 años, suele recomendarse la observación. Esta es diferente del seguimiento activo, que suele involucrar biopsias y estudios de diagnóstico por imágenes de rutina.

Hablaremos más sobre la esperanza de vida y cómo afecta a las alternativas de tratamiento en el *Capítulo 5: Tratamientos para el cáncer de próstata*.

Nomogramas

El nomograma predice su pronóstico, que es el curso que probablemente tomará su cáncer. Utiliza las matemáticas para compararlo a usted y a su cáncer de próstata con cientos o miles de otros pacientes que recibieron tratamiento por cáncer de próstata.

Su médico puede usar un nomograma para predecir la probabilidad de que su cáncer crezca o se extienda, en función de los resultados de sus estudios.

Los grupos de riesgo y los nomogramas brindan información que es específica sobre usted, pero los nomogramas pueden dar estimaciones algo más precisas del riesgo de cáncer. Se utilizan ambos, junto con otras herramientas de evaluación del riesgo, para planificar el tratamiento.

Análisis de riesgo especializados

Su médico o profesional de atención médica puede solicitar pruebas que ayuden a comprender mejor la agresividad de su cáncer.

Una de estas pruebas se llama Decipher Prostate. Analiza las características moleculares y la expresión génica (qué genes se activan) en una muestra de su tumor.

Existe otra prueba que se llama ArteraAI Prostate. Analiza una imagen digital de su biopsia de cáncer y utiliza inteligencia artificial para predecir el posible tratamiento.

De acuerdo con su situación, los resultados de estos análisis pueden ayudar a identificar el tratamiento correcto para usted y evitar el tratamiento insuficiente o excesivo.

Estos estudios no reemplazan a las pruebas habituales, como PSA, puntuación de Gleason, grupo de grado y estudios de diagnóstico por imágenes. Se utilizan de manera complementaria.

Si tiene alguna pregunta sobre por qué se va a realizar una prueba o qué significa, consulte a su equipo de atención médica.

¿Cuál es el siguiente paso?

En este capítulo se explica cómo los profesionales de la salud calculan su riesgo de que el cáncer crezca y se extienda. Su nivel de riesgo determina las opciones de tratamiento que tiene a disposición. En muchos casos, el cáncer en estadio temprano crece de manera muy lenta y es posible que no se extienda (haga metástasis) a otras partes del cuerpo. Entonces, es posible que no necesite tratamiento de inmediato.

Sin embargo, es importante conocer todos los tipos de tratamientos disponibles, en caso de que los necesite. En el próximo capítulo, se describen cada una de las alternativas de tratamiento para el cáncer de próstata en estadio temprano. Después de ese capítulo, encontrará información sobre cuáles son los mejores tratamientos para usted según su nivel de riesgo.



¡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](https://www.nccn.org/patients/feedback)

Puntos clave

- La evaluación de riesgos identifica posibles problemas y, luego, considera qué sucedería si ocurrieran esos problemas.
- Los pacientes con menor riesgo suelen recibir un tratamiento mínimo o ningún tratamiento. Los pacientes con mayor riesgo suelen recibir un tratamiento más agresivo.
- La estadificación del cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo y su ubicación.
- La esperanza de vida es un cálculo de la cantidad de años que probablemente vivirá. Se basa en una gran cantidad de personas y no es una predicción exacta. Pero puede ayudar a elegir el mejor tratamiento para usted.
- El nomograma predice el progreso del cáncer (pronóstico).
- Estos análisis pueden ayudar a identificar el tratamiento correcto para usted y evitar el tratamiento insuficiente o excesivo.

Preguntas para hacer

- ¿Cuál es el riesgo de que mi cáncer crezca y se extienda a otros órganos?
- ¿Puede explicarme en qué difiere la esperanza de vida estimada de la esperanza de vida real?
- ¿De qué manera repercuten en las opciones mi edad, raza, sexo, estado de salud general y otros factores?
- ¿Tendré que hacerme análisis de PSA, exámenes de tacto rectal y biopsias durante el resto de mi vida?

5

Tratamientos para el cáncer de próstata

- 37 Seguimiento activo
- 38 Observación
- 38 Cirugía
- 41 Radioterapia
- 44 Hormonoterapia
- 47 Ensayos clínicos
- 48 Tratamiento complementario
- 49 Puntos clave
- 49 Preguntas para hacer

Hay más de un tratamiento para el cáncer de próstata. En este capítulo, se describen todas las opciones de tratamiento. Hable con su equipo de atención médica sobre qué tratamiento podría ser el mejor para usted.

El cáncer de próstata suele ser una enfermedad de crecimiento lento. También es una enfermedad compleja con muchas opciones de tratamiento. Los tratamientos habituales para el cáncer de próstata en estadio temprano incluyen intervención quirúrgica y radioterapia, que a veces se combinan con la hormonoterapia.

Por otra parte, es posible que su plan de tratamiento no incluya la terapia directa, sino el seguimiento activo o la observación.

Seguimiento activo

El seguimiento activo es un plan que sigue de cerca su enfermedad, con el tratamiento ya preparado en caso de que sea necesario.

Dado que un tumor pequeño puede crecer muy lentamente, es posible esperar para tratar el cáncer de próstata hasta que el tumor crezca. Durante este tiempo, se le realizarán estudios y biopsias de manera periódica para detectar cambios en el crecimiento del tumor.

Si bien sus proveedores pueden indicarle estudios con mayor o menor frecuencia según su riesgo, las pruebas periódicas durante el seguimiento activo pueden seguir un cronograma similar al siguiente:

- PSA una o dos veces al año.
- Examen de tacto rectal una vez al año.
- RM cada 1 o 2 años.
- Biopsia de próstata cada 2 a 5 años.

No recibirá ningún tratamiento del cáncer durante el seguimiento activo. Sin embargo, el tratamiento comenzará si su cáncer crece o se extiende.

¿Por qué esperar para recibir tratamiento?

Principalmente porque las intervenciones quirúrgicas y otras formas de tratamiento tienen efectos secundarios. Si puede retrasar el tratamiento sin sufrir daños (o evitarlo por completo), también puede retrasar los efectos secundarios de este. Los efectos secundarios de la cirugía y otros tratamientos pueden afectar su calidad de vida.

En general, el seguimiento activo es la estrategia preferida para pacientes con cáncer de próstata de menor riesgo y mayor esperanza de vida. Aproximadamente la mitad de estos pacientes pueden evitar el tratamiento durante 10 años o más.

Para determinar si es un buen candidato para el seguimiento activo, es posible que necesite una RM de confirmación con o sin biopsia de próstata confirmatoria. Estas pruebas confirmatorias suelen realizarse en el plazo de un año desde el diagnóstico para observar si se produjeron cambios durante ese período.

Otros factores que se deben considerar para el seguimiento activo:

- Su esperanza de vida.
- Su estado de salud general.
- Características o cualidades únicas de su tumor.
- Posibles efectos secundarios del tratamiento.
- Sus deseos sobre el tratamiento.

Una pregunta habitual sobre el seguimiento activo: ¿Cuándo sabrá que debe pasar del seguimiento al tratamiento? El motivo más habitual es que se elevó su grupo de grado después de realizarle una biopsia.

Otros motivos para comenzar el tratamiento pueden incluir un aumento del tamaño del tumor o un nivel del antígeno prostático específico (PSA) más alto.

Observación

La observación implica controlar su cáncer de próstata y vigilar los síntomas (puede que lo conozca como método de conducta expectante o espera vigilante). Si se presentan síntomas, el tratamiento suele centrarse en la paliación o el alivio de los síntomas en lugar de tratar de curar el cáncer.

Los cuidados paliativos tratan los síntomas del cáncer y los efectos secundarios del tratamiento oncológico. Esto permite que los pacientes mantengan una buena calidad de vida sin la carga de un tratamiento innecesario.

La observación suele aplicarse a pacientes con cáncer de próstata de mayor edad o frágiles que tienen un riesgo intermedio y una esperanza de vida más breve (de 5 a 10 años). También se recomienda para pacientes con cáncer de próstata de menor riesgo y una esperanza de vida corta (5 años o menos). Estos pacientes suelen tener otras afecciones que son más graves que el cáncer de próstata.

La observación es diferente del seguimiento activo. La observación es una manera menos agresiva de controlar el cáncer de próstata. No requiere biopsias periódicas, solo una consulta para realizar un examen físico una o dos veces al año.

En comparación, el seguimiento activo implica la realización de pruebas frecuentes para determinar si el cáncer está progresando con el fin de tratarlo antes de que empeore.

Cirugía

La cirugía es un procedimiento para extirpar el cáncer del cuerpo. El tumor se extirpa junto con tejido prostático de aspecto normal alrededor del borde llamado margen quirúrgico.

- **Margen positivo** es cuando se encuentran células cancerosas a lo largo del borde del tejido que extirpa el cirujano.
- **Margen negativo** es cuando no se encuentran células cancerosas a lo largo del borde del tejido que extirpa el cirujano.

El margen negativo es el mejor resultado porque significa que se ha extirpado todo el tumor de esa zona. Por otro lado, un margen positivo no siempre significa que haya una recidiva.

La cirugía se puede utilizar como tratamiento principal (primario). O bien, puede ser solo parte de un plan de tratamiento. El tipo de cirugía que reciba depende del tamaño y la ubicación del tumor. También depende de si se encuentra cáncer en los órganos o tejidos circundantes.

Prostatectomía radical

La prostatectomía significa extirpar la glándula prostática a través de una cirugía. La prostatectomía **radical** extirpa toda la próstata y también el tejido circundante, las vesículas seminales y, en ocasiones, los ganglios linfáticos cercanos.

La prostatectomía radical suele utilizarse en los siguientes casos:

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

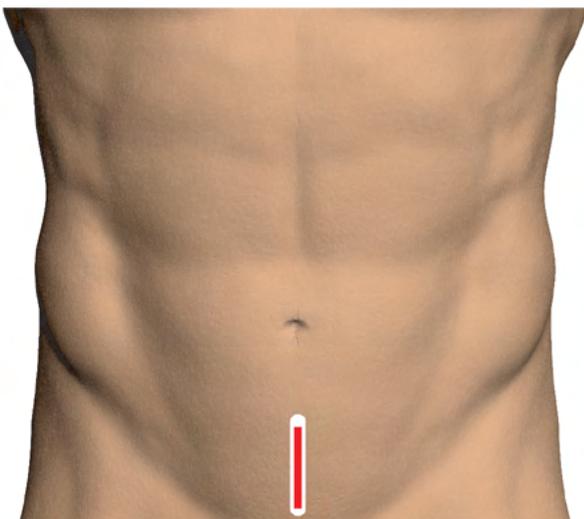
Hay dos métodos quirúrgicos para la prostatectomía radical:

- Mediante la **cirugía abierta**, se extrae la próstata a través de un único corte o incisión grande. Esta incisión es lo suficientemente larga como para permitirle a su médico ver y acceder directamente al tumor para extirparlo.
- En la **cirugía mínimamente invasiva**, se realizan varias incisiones u orificios pequeños en lugar de un corte grande. El cirujano introduce instrumentos pequeños a través de cada incisión para realizar la cirugía. En la mayoría de los centros, el cirujano utiliza un robot para guiar los instrumentos con mayor precisión.

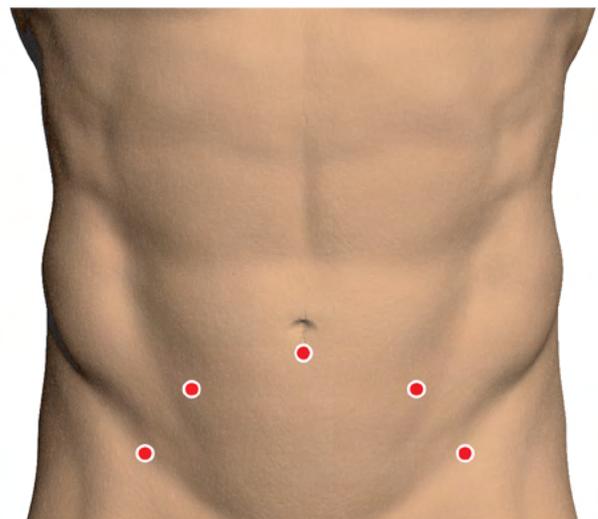
La cirugía mínimamente invasiva se ha vuelto más frecuente que la cirugía abierta. Los pacientes que se someten a una cirugía mínimamente

Comparación entre la prostatectomía abierta y la mínimamente invasiva

La prostatectomía es una operación en la que se extirpa toda la próstata. Mediante la cirugía abierta, se extrae la próstata a través de un único corte o incisión grande. En la cirugía mínimamente invasiva, se realizan varias incisiones u orificios pequeños en lugar de un corte grande.



Abierta



Mínimamente invasiva

invasiva pueden tener internaciones más breves, menos pérdida de sangre, menos complicaciones quirúrgicas o una recuperación más rápida.

Los principales efectos secundarios de la prostatectomía radical mínimamente invasiva — incontinencia y disfunción eréctil— se presentan casi con la misma frecuencia que con la cirugía abierta.

Efectos secundarios de la cirugía de próstata

La prostatectomía radical suele causar dos efectos secundarios:

Incontinencia urinaria. Después de una prostatectomía radical, la mayoría de las personas pierden temporalmente el control al orinar. Esto se denomina incontinencia urinaria y puede ser un problema importante.

Justo después del procedimiento, se introduce un catéter por la uretra para que pueda vaciar la vejiga y para que cicatrice la uretra. El catéter permanecerá colocado durante 1 o 2 semanas después de la cirugía. Se le indicará cómo cuidarlo mientras está en su casa. Si el catéter se extrae demasiado pronto, puede perder el control de la vejiga o la capacidad de orinar debido al tejido cicatricial.

Después de retirar el catéter, es posible que necesite usar toallas absorbentes o ropa interior para la incontinencia durante varias semanas o meses.

También puede hacer ejercicios para fortalecer el músculo del suelo pélvico. (Si aún no lo han operado, considere la posibilidad de empezar a hacer ejercicios del suelo pélvico antes para reducir la incontinencia urinaria posteriormente).

Además, ciertos medicamentos recetados pueden reducir la necesidad de orinar con tanta frecuencia.

La mayoría de los pacientes recuperan gradualmente el control de su vejiga en el plazo de un año, aunque muchos continúan utilizando toallas para los escapes menores. Si la incontinencia sigue siendo un problema importante, puede someterse a una intervención quirúrgica para controlar la micción.

Disfunción eréctil. La disfunción eréctil se refiere a tener dificultades para lograr una erección del pene o no poder hacerlo. Es un problema habitual después de la cirugía de próstata, pero suele mejorar con el tiempo (aunque no siempre).

Existe un mayor riesgo de disfunción eréctil en los siguientes casos:

- Es una persona mayor.
- Tenía problemas de erección antes de la cirugía.
- Los 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.

La extirpación de la próstata y las vesículas seminales hará que tenga orgasmos secos. Esto significa que no habrá semen y esto le impedirá tener hijos. Si está pensando en tener hijos, puede que le interese recurrir a un banco de espermatozoides antes de la intervención.

La recuperación de la función eréctil suele ser lenta y frustrante. Puede tardar varios meses o hasta dos años en recuperar la función eréctil que tenía antes de la prostatectomía. Sin embargo, es posible que no recupere nunca la misma función eréctil que solía tener.

Las opciones de tratamiento para la disfunción eréctil 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.

Además, es habitual tener problemas psicológicos y de relación con la disfunción eréctil. Es una de las principales causas de depresión en pacientes con cáncer de próstata. A muchas personas les resulta útil hablar con un psicoterapeuta o sexólogo.

Pregunte a su médico o a otra persona de su equipo de atención médica sobre terapia o asistencia psicológica si tiene problemas debido a la disfunción eréctil o síntomas de depresión.

Aunque puede resultar incómodo hablar de estos problemas, tenga en cuenta que estos efectos secundarios son frecuentes y la ayuda es fácil de conseguir. No está solo; el apoyo emocional es parte de la buena atención del cáncer.

Radioterapia

La radioterapia utiliza radiación de alta energía, como rayos X, para destruir las células cancerosas y reducir los tumores. La radioterapia se administra en dosis periódicas durante un período específico.

Se usa para tratar el cáncer de próstata de distintas maneras. Se usa como tratamiento primario para el cáncer de próstata, similar a la intervención quirúrgica. También se utiliza después de la cirugía de próstata para eliminar las células cancerosas que hayan podido quedar.

Además, la radioterapia se emplea para tratar zonas con metástasis para controlar el crecimiento del cáncer o para aliviar el dolor.

Hay dos tipos principales de radioterapia para el cáncer de próstata: radiación desde el exterior del cuerpo (radioterapia de haz externo) y radiación desde el interior del cuerpo (braquiterapia).

Radioterapia de haz externo

La radioterapia de haz externo (RTHE) utiliza una máquina que dirige la radiación hacia la zona dentro del cuerpo donde se encuentra el cáncer. El haz de radiación se enfoca en el cáncer mientras evita tocar el tejido sano. Esto permite administrar una dosis de radiación más segura y más alta, en ocasiones con menor cantidad de aplicaciones.



RTHE

La radioterapia de haz externo (RTHE) utiliza una máquina que dirige la radiación desde fuera del cuerpo hacia un lugar determinado dentro del cuerpo. La radiación se enfoca directamente en el cáncer mientras intenta evitar el tejido sano.

La radioterapia requiere de una planificación cuidadosa. Antes de cada tratamiento, es posible que le implanten en la próstata diminutos marcadores metálicos que tienen el tamaño de un grano de arroz.

Estos marcadores garantizan que los haces de radiación puedan alinearse con precisión con su próstata de la misma manera en cada tratamiento, lo que mejora la seguridad y la eficacia del tratamiento.

También puede recibir una inyección de gel biodegradable entre la próstata y el recto. Este gel ensancha temporalmente la zona, lo que crea un espacio que ayuda a proteger el recto de la radiación no deseada durante el tratamiento.

A continuación, es posible que se le realice una simulación de radiación o una exploración cartográfica una o dos semanas antes de iniciar el tratamiento. Esta exploración se utiliza para diseñar su plan de tratamiento personalizado. Se recostará en la camilla y se colocará en la mejor posición para recibir la radioterapia. Pero no recibirá ninguna radiación real durante la simulación. En ocasiones se realiza un molde a medida de su cuerpo para que pueda acostarse siempre en la misma posición sobre la camilla.

Durante el tratamiento propiamente dicho, la máquina gira alrededor de la camilla para administrar la radiación desde varios ángulos diferentes. No verá ni sentirá la radiación durante la administración.

La cantidad total de sesiones varía entre 5 y hasta 40. Suelen programarse en dosis diarias durante cinco días a la semana, de lunes a viernes, durante varios meses. La radioterapia estereotáctica corporal (SBRT) es un tratamiento de alta dosis muy preciso que se administra en días alternados durante cinco sesiones.

Braquiterapia

La braquiterapia es una forma de radioterapia interna. Es posible que escuche que la llamen braqui de manera abreviada. En este tratamiento, la radiación se administra dentro del cuerpo colocando un objeto radiactivo dentro del tumor o al lado de este. Esto puede ser invasivo y suele hacerse con anestesia general como un procedimiento quirúrgico.

La braquiterapia se puede usar sola o combinada con RTHE, hormonoterapia o ambas. Por lo general, los pacientes con cáncer de riesgo alto no se consideran para la braquiterapia sola.

La **braquiterapia de dosis alta** incluye un procedimiento en el que se introducen entre 10 y 20 tubos estrechos en la próstata a través del perineo. Luego se introducen cables delgados con puntas radiactivas a través de los tubos y se dejan dentro de la próstata durante varios minutos.

Durante este período, las puntas administran dosis altas de radiación a la próstata. A continuación, se retraen los cables y se retiran las agujas, sin dejar ningún material radiactivo.

La **braquiterapia de dosis baja** se administra mediante unas 50 pequeñas “semillas” metálicas que se implantan de manera permanente en la próstata. Las semillas liberan gradualmente una dosis baja y continua de radiación durante varios meses.

Efectos secundarios de la radioterapia

Los efectos secundarios que se producen durante el tratamiento o después de este, llamados efectos secundarios agudos, son más habituales, pero suelen ser temporales. Los efectos secundarios que aparecen meses o años después, llamados efectos secundarios tardíos, son menos frecuentes.

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

Problemas urinarios e intestinales. Los problemas urinarios incluyen tener que orinar más seguido, tener ganas de orinar de manera repentina, sensación de ardor al orinar y, rara vez, sangre en la orina. Los problemas intestinales son mucho menos habituales con los métodos de radiación modernos, pero pueden incluir diarrea, defecar con frecuencia, incapacidad de retención y, en raras ocasiones, sangrado por el recto. Los problemas urinarios e intestinales generalmente disminuyen o desaparecen después de varias

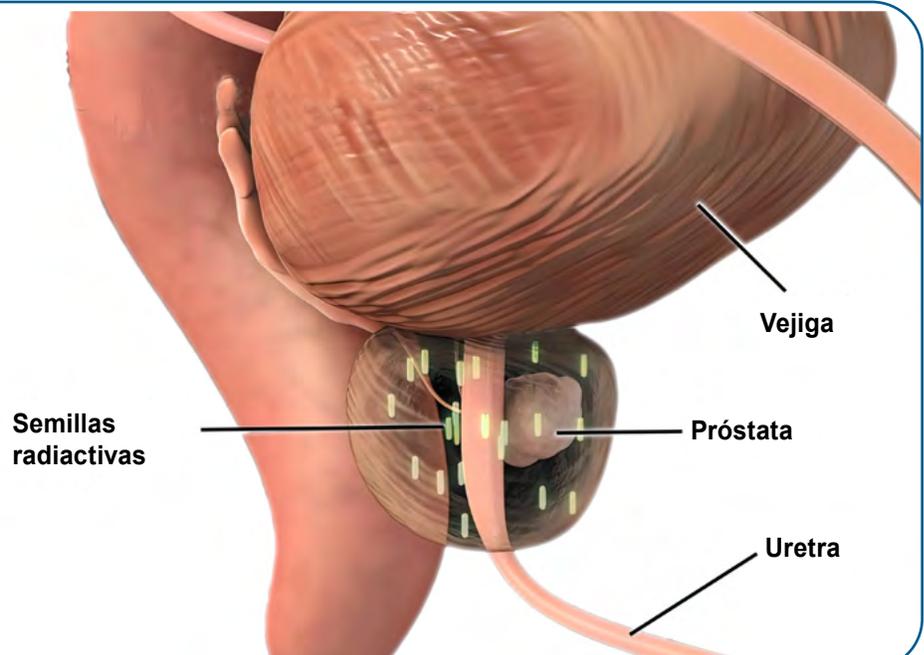
semanas en la mayoría de las personas, pero podrían durar más tiempo en otras.

Disfunción eréctil. La radioterapia tiene menos probabilidades que la cirugía de causar disfunción eréctil. Pero la radiación puede dañar los vasos y nervios que controlan las erecciones. La disfunción eréctil no ocurre inmediatamente después de la radiación. Por lo general, se presenta gradualmente, comienza y, luego, empeora entre uno y tres años después del tratamiento. Es más probable que tenga este efecto secundario si recibe hormonoterapia además de la radioterapia. (Consulte más información en “Disfunción eréctil” en la sección anterior *Efectos secundarios de la cirugía de próstata*, página 40).

Fatiga. Sentirse cansado durante algunas semanas o incluso meses después de la radioterapia también es algo frecuente. Sin embargo, el ejercicio y la actividad física habituales pueden ayudar a aliviar la fatiga leve.

Braquiterapia

La braquiterapia de dosis baja utiliza pequeñas “semillas” metálicas radioactivas que se implantan en la próstata. Cada semilla tiene el tamaño de un grano de arroz. Se las deja en la próstata de forma permanente y proporcionan una dosis baja de radiación de forma continua durante varios meses.



Hormonoterapia

La hormonoterapia para el cáncer de próstata es un tratamiento que 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. Esto puede reducir el tamaño del tumor o ralentizar su crecimiento durante un tiempo.

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.

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. Relugolix (Orgovyx) es un antagonista de la LHRH que se presenta en forma de comprimido y se toma una vez al día. Los antiandrógenos 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 4.**

No se recomienda utilizar la hormonoterapia sola para tratar el cáncer de próstata de estadio temprano. Cuando se utiliza hormonoterapia (generalmente para pacientes de mayor riesgo), suele administrarse junto con la radioterapia, lo que aumenta la efectividad de la radiación.



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”.

La hormonoterapia se puede administrar antes, durante o después de la radioterapia.

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 ser un tratamiento farmacológico reversible a corto plazo o puede ser la extirpación quirúrgica permanente 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. A diferencia de la hormonoterapia farmacológica, la orquiectomía no se puede revertir.

La extirpación quirúrgica de los testículos es mucho menos frecuente hoy en día porque el tratamiento farmacológico suele ser igual de efectivo para bloquear la testosterona. La orquiectomía ahora se emplea para el cáncer de próstata avanzado metastásico.

Efectos secundarios de la hormonoterapia

La hormonoterapia tiene efectos secundarios importantes. Muchos 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.

En general, cuanto más tiempo reciba hormonoterapia, mayor será el riesgo de adelgazamiento y debilitamiento de los huesos (osteoporosis), fracturas óseas, aumento de peso, pérdida de masa muscular, diabetes y enfermedades cardíacas. Es posible que deba realizarse una densitometría ósea (DEXA) para comprobar su densidad ósea antes de comenzar la hormonoterapia.

Otros efectos secundarios de la hormonoterapia incluyen cansancio (fatiga), cambios de humor, aumento de peso y crecimiento y sensibilidad de las mamas.

La hormonoterapia aumenta el riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares. Si ya tiene alguna de estas enfermedades, la hormonoterapia puede causar su agravamiento. La hormonoterapia

puede aumentar el riesgo de muerte por problemas cardíacos. Hable con su equipo de atención médica sobre su riesgo en particular. Además, informe a su médico de atención primaria que está recibiendo TSA. Pregunte sobre el control de la presión sanguínea y los niveles de colesterol.

Además, los efectos secundarios sexuales de la hormonoterapia son una causa importante de estrés. La hormonoterapia puede disminuir el deseo sexual, causar disfunción eréctil y reducir el tamaño del pene y los testículos.

Los medicamentos para la disfunción eréctil (como Viagra y Cialis) no suelen ser eficaces para las personas que reciben hormonoterapia, pero hay otros medicamentos inyectables que pueden ser útiles. No obstante, estos medicamentos no mejoran la pérdida del deseo sexual causado por los menores niveles de andrógenos.

Puede llevar un año o más en recuperar su nivel de testosterona y libido (deseo sexual). Muchos pacientes nunca recuperan completamente los mismos niveles de testosterona y libido que tenían antes de la hormonoterapia. Algunos pacientes nunca recuperan plenamente la capacidad de tener una erección.

Guía 4

Medicamentos de hormonoterapia para el cáncer de próstata en estadio temprano

Agonistas de la LHRH	Eligard (leuprolida), Lupron Depot (leuprolida), Trelstar (triptorelina), Zoladex (goserelina)
Antagonistas de la LHRH	Firmagon (degarelix), Orgovyx (relugolix)
Antiandrógenos	Casodex (bicalutamida), Eulexin (flutamida), Nilandron (nilutamida)
Inhibidores de la síntesis de andrógenos*	Zytiga (abiraterona)

* Solo para pacientes con cáncer de próstata de muy alto riesgo

Hable con su equipo de atención médica sobre cómo controlar los efectos secundarios de la hormonoterapia. Hay formas de disminuir o aliviar la mayoría de estas dificultades. 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 desafíos que se le presenten. No está solo; el apoyo emocional es una parte importante de la atención del cáncer.



¿Qué es la 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. Al tomar decisiones compartidas, usted y su equipo médico comparten información, conversan sobre las opciones y se ponen de acuerdo respecto del plan de tratamiento.

Esto es lo que su equipo de atención debe compartir:

- Una explicación de los posibles beneficios y daños de cada opción de tratamiento.

- La probabilidad de cura, recidiva, 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 ofrecerle 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.

Ensayos clínicos

Otra manera de recibir tratamiento es participar de un ensayo clínico.

Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. 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 Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (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.

Fases

La mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer se centran en el tratamiento y se realizan por fases.

- En los ensayos de **fase 1**, se estudian la seguridad y los efectos secundarios de un medicamento en investigación o un método de tratamiento.
- En los ensayos de **fase 2**, se evalúa el grado en que un fármaco o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- En los ensayos de **fase 3**, se evalúa el fármaco o el método en comparación con el tratamiento estándar. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- En los ensayos de **fase 4**, se estudian la seguridad y el beneficio de un tratamiento aprobado por la FDA.

¿Quién puede inscribirse?

Depende de las normas del ensayo clínico, denominadas criterios de elegibilidad. Las reglas pueden referirse a la edad, el tipo y el estadio



Dónde buscar ensayos clínicos En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN

[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)

The 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

The U.S. National Library of Medicine (NLM)

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)

del cáncer, los antecedentes de tratamiento o el estado de salud general. Estos garantizan que los participantes se asemejen en formas específicas y que el ensayo sea lo más seguro posible para los participantes.

Consentimiento informado

Un equipo de investigación administra los ensayos clínicos. Este grupo de expertos 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. Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para

conversar con personas de su confianza. Tenga en cuenta que puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera del ensayo clínico en cualquier momento.

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es común recibir el placebo con el tratamiento habitual o el fármaco nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, 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 fármaco del estudio. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tipo de atención a menudo está cubierta por el seguro.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario tiene como objetivo mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. El tratamiento complementario (a veces llamado cuidados paliativos) es atención médica que alivia los síntomas causados por el cáncer y los efectos secundarios producidos por su tratamiento, como el dolor y la fatiga relacionada con el cáncer.

El tratamiento complementario también puede ayudar en los siguientes aspectos:

- Toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Coordinación de la atención médica.



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”.

- Pago de la atención médica.
- Planificación anticipada de la atención y relacionada con el final de la vida.

El tratamiento complementario está disponible para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida. De hecho, las personas que reciben tratamiento complementario cuando comienzan la terapia suelen tener mejores resultados y mejor calidad de vida.

El tratamiento complementario afecta a todos los aspectos de la persona, no solo a su cáncer. Si tiene algún problema que interfiere en su tratamiento o afecta su calidad de vida, pregunte por los recursos de tratamientos complementarios disponibles para ayudarlo.

Grupos de apoyo

Muchas personas con diagnóstico de cáncer consideran útiles los grupos de apoyo. 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 de próstata en su hospital o en su comunidad, consulte los sitios web que aparecen en la página 70 de este libro.

Puntos clave

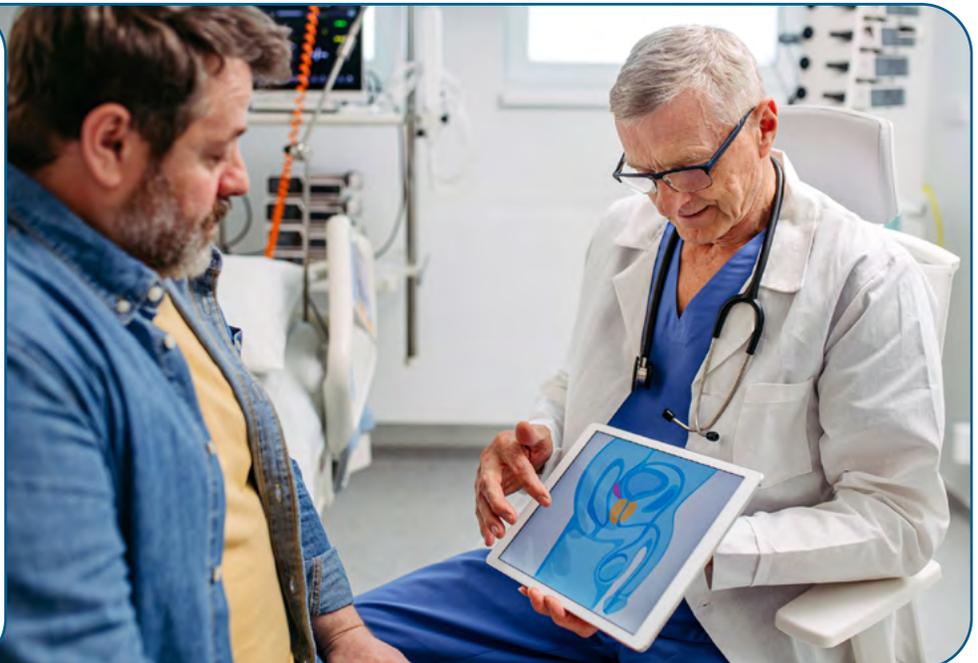
- El seguimiento activo es la estrategia preferida para la mayoría de los pacientes que tienen cáncer de próstata de menor riesgo y mayor esperanza de vida.
- La cirugía de próstata, también conocida como prostatectomía radical, extirpa toda la próstata, el tejido circundante, las vesículas seminales y, en ocasiones, los ganglios linfáticos cercanos de la zona pélvica.
- La radioterapia actúa con precisión sobre el cáncer de próstata para eliminar las células cancerosas o evitar que se formen células nuevas.
- 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. A veces se utiliza en combinación con la radioterapia para el cáncer de próstata en estadio temprano.

- La castración describe una reducción drástica de la testosterona. Suele realizarse con medicamentos.
- El tratamiento complementario es importante en cualquier estadio del cáncer, no solo al final de la vida.

Preguntas para hacer

- ¿Puedo elegir cuándo comenzar el tratamiento?
- ¿Ofrece este hospital o centro oncológico el mejor tratamiento para mí?
- ¿Alguna alternativa ofrece una cura o control del cáncer a largo plazo?
- ¿Qué efectos secundarios son los más frecuentes y cuánto suelen durar?
- ¿Qué tratamientos y servicios complementarios están a mi disposición y a la de mis cuidadores?

Los expertos de la NCCN están preocupados por el tratamiento excesivo de este cáncer de próstata en estadio temprano. Para muchas personas, la observación o el seguimiento activo son mejores opciones.



6

Tratamiento inicial para su grupo de riesgo

- 51 Riesgo muy bajo
- 53 Riesgo bajo
- 55 Acerca de los grupos de riesgo intermedio
- 55 Riesgo intermedio reducido
- 57 Riesgo intermedio elevado
- 59 Riesgo alto o muy alto
- 61 Después del tratamiento
- 62 Puntos clave
- 62 Preguntas para hacer

Le hicieron muchos estudios para determinar su grupo de riesgo. Ahora, su equipo de atención médica y usted usarán su evaluación de riesgos para decidir sus opciones de tratamiento inicial.

¿Su médico o equipo de atención médica le ha dicho a qué grupo de riesgo pertenece? Si conoce su grupo de riesgo, búsquelo en las siguientes páginas para obtener información sobre sus opciones de tratamiento inicial.

Riesgo muy bajo

Los pacientes incluidos en el grupo de riesgo muy bajo tienen **todas** las siguientes características:

- Tumor de estadio T1c.
- Grupo de grado 1.
- PSA inferior a 10 ng/ml.
- El cáncer se encuentra en 1 o 2 cilindros tisulares y no más de la mitad de los cilindros muestran cáncer.
- Densidad del PSA inferior a 0,15 ng/ml.

Los expertos de la NCCN están preocupados por el tratamiento excesivo de este cáncer de próstata en estadio temprano. Un resultado del tratamiento excesivo es que puede causar más problemas que la enfermedad misma. Para muchos pacientes, especialmente para quienes tienen cáncer de próstata de menor riesgo, el seguimiento activo o la observación pueden ser mejores opciones que el tratamiento directo.

A continuación, se describen las opciones de tratamiento basadas en la estimación de la esperanza de vida. **Consulte también la Guía 5.**

Esperanza de vida: 10 años o más

Si tiene cáncer de próstata de riesgo muy bajo y su esperanza de vida estimada es de 10 años o más, su equipo de atención médica querrá verlo periódicamente. Esto se llama seguimiento activo.

Seguimiento activo

Seguimiento activo significa que su equipo de atención médica observará su estado con atención y estará listo para comenzar el tratamiento si es necesario. Los estudios durante el seguimiento activo incluyen análisis del antígeno prostático específico (PSA), examen de tacto rectal, RM y biopsias. Estos estudios se realizan de forma periódica, de modo que se pueda iniciar el tratamiento cuando sea necesario. **Consulte la Guía 6.**

Guía 5

Grupo de riesgo muy bajo: opciones de tratamiento inicial

Esperanza de vida	Tratamiento inicial
10 años o más	Seguimiento activo
Menos de 10 años	Observación

Para determinar si es un buen candidato para el seguimiento activo, es posible que necesite una RM de confirmación (si no se la han hecho ya) con o sin biopsia de próstata confirmatoria. Debe hacerse una biopsia de próstata confirmatoria a todos los pacientes uno o dos años después de la biopsia inicial para ver si se produjeron cambios con el tiempo.

Esperanza de vida: menos de 10 años

Si su cáncer de próstata es de riesgo muy bajo y su esperanza de vida estimada es inferior a 10 años, se recomienda la observación.

Observación

La observación es para quienes que tienen otros problemas de salud más graves y cuyo cáncer de próstata de crecimiento lento no causa ningún síntoma.

La observación implica chequeos ocasionales con su equipo de atención, pero no pruebas invasivas ni biopsias. Los síntomas que aparezcan se pueden controlar con tratamiento paliativo.



Es importante que entienda por lo que está pasando. Si su médico le dice algo que usted no entiende, no se limite a asentir como si lo entendiera. Dígame: “No entiendo muy bien qué significa esto” o “No entiendo muy bien lo que acaba de decir. ¿Puede explicarlo de forma más sencilla?”.

**Guía 6
Estudios durante el seguimiento activo**

Prueba	Frecuencia
Análisis de PSA	Una o dos veces al año o cuando sea necesario
Examen de tacto rectal	Una vez al año o cuando sea necesario
RM	Cada 1 o 2 años o cuando sea necesario
Biopsia de próstata	Cada 2 o 5 años o cuando sea necesario

Riesgo bajo

El grupo de riesgo bajo incluye pacientes que presentan todas las siguientes características:

- Tumor de estadio T1 a T2a.
- Grupo de grado 1.
- PSA inferior a 10 ng/ml.

Las opciones de tratamiento se basan en la esperanza de vida. A continuación, se describen las opciones de tratamiento inicial para la enfermedad de riesgo bajo y se muestran en la **Guía 7**.

Esperanza de vida: 10 años o más

Si su cáncer de próstata es de riesgo bajo y su esperanza de vida estimada es de 10 años o más, las opciones de tratamiento inicial son las siguientes:

Seguimiento activo

El seguimiento activo es la opción preferida si tiene una enfermedad de crecimiento lento y tiene una mayor esperanza de vida. **Consulte la Guía 6.**

Para determinar si es un buen candidato para el seguimiento activo, es posible que necesite una RM de confirmación (si no se la han hecho ya). La RM confirmatoria puede hacerse con o sin biopsia de próstata o pruebas de biomarcadores confirmatorios.

Debe hacerse una biopsia de próstata confirmatoria a todos los pacientes uno o dos años después de la biopsia inicial para ver si se produjeron cambios con el tiempo.

Guía 7

Grupo de riesgo bajo: opciones de tratamiento inicial

Esperanza de vida	Tratamiento inicial	Seguido por
10 años o más	Seguimiento activo (opción preferida)	
	Radioterapia	Estudios para la recidiva del PSA
	Cirugía de próstata*	Estudios para la persistencia y recidiva del PSA
Menos de 10 años	Observación	

* Consulte las características adversas en la Guía 8

Radioterapia

Si tiene una esperanza de vida de más de 10 años, puede decidirse por recibir tratamiento ahora en lugar del seguimiento activo. Los tipos de cáncer de riesgo bajo se pueden tratar con radioterapia, ya sea radioterapia de haz externo (RTHE) o braquiterapia.

Cirugía de próstata

La cirugía de próstata (prostatectomía radical) extirpa toda la próstata. No es una opción de tratamiento habitual para las personas con cáncer de próstata de riesgo bajo.

Una vez extirpada la próstata, el anatomopatólogo busca signos de enfermedad llamados características adversas (o de alto riesgo).

Consulte la Guía 8. Las características adversas sugieren que no se extirpó todo el cáncer durante la cirugía.

Incluso con características adversas, la estrategia preferida para cáncer de próstata de bajo riesgo es el control. El control implica análisis de PSA periódicos y, en ocasiones, exámenes de tacto rectal. Si su nivel de PSA aumenta durante el control, le harán otros estudios para determinar si el cáncer ha reaparecido.

Si los resultados de los estudios no muestran características adversas, se lo controlará por si reaparece el cáncer.

Esperanza de vida: menos de 10 años

Si su cáncer de próstata es de riesgo bajo y su esperanza de vida es inferior a 10 años, se recomienda la observación.

Observación

La observación es para los pacientes cuyo cáncer de próstata no causa síntomas y que tienen otros problemas de salud más graves.

La observación implica análisis de PSA ocasionales y observación de los síntomas que se pueden tratar con terapia paliativa.

Guía 8

Características adversas

Si los estudios indican alguna de estas características de alto riesgo después de la cirugía de próstata, es posible que necesite tratamiento adicional:

- Hay cáncer en el tejido de aspecto normal extirpado con el tumor (margen quirúrgico).
- Hay cáncer fuera de la capa que rodea la próstata.
- Hay cáncer en las vesículas seminales.
- Hay un nivel detectable de PSA.

Acerca de los grupos de riesgo intermedio

El cáncer de próstata de riesgo intermedio no se ha extendido fuera de la próstata. No tiene características de alto riesgo o muy alto riesgo, pero tiene **1 o más** de los siguientes factores de riesgo intermedio:

- Tumor de estadio T2b o T2c.
- Grupo de grado 2 o 3.
- PSA de 10 a 20 ng/ml.

El grupo de riesgo intermedio también se divide en subgrupos de riesgo reducido o elevado.

El tratamiento depende de si su cáncer de próstata es de riesgo intermedio **reducido** o de riesgo intermedio **elevado**:

Riesgo intermedio reducido

En el subgrupo de riesgo intermedio reducido se encuentran las personas que presentan solo una de las siguientes características:

- Tumor de estadio T2b o T2c.
- Grupo de grado 2.
- PSA de 10 a 20 ng/ml.

Además de tener una de estas características, otro indicio de tener un riesgo intermedio reducido es que menos de la mitad de los cilindros tisulares extirpados durante la biopsia presentan cáncer.

Las opciones de tratamiento para las personas con cáncer de riesgo intermedio reducido se indican en la **Guía 9**. Las opciones de tratamiento se basan en el cálculo de la esperanza de vida.

Guía 9

Grupo de riesgo intermedio reducido: opciones de tratamiento inicial

Esperanza de vida	Tratamiento inicial	Seguido por
10 años o más	Seguimiento activo	
	Radioterapia	Estudios para la recidiva del PSA
	Cirugía de próstata*	Estudios para la persistencia y recidiva del PSA
De 5 a 10 años	Observación (opción preferida)	
	Radioterapia	Estudios para la recidiva del PSA

* Consulte las características adversas en la Guía 8

Esperanza de vida: 10 años o más

Si tiene cáncer de próstata de riesgo intermedio reducido y su esperanza de vida estimada es de 10 años o más, hay tres opciones de tratamiento inicial:

Seguimiento activo

El seguimiento activo consiste en realizar estudios de forma periódica, de modo que se pueda iniciar el tratamiento cuando sea necesario.

Para determinar si es un buen candidato para el seguimiento activo, es posible que necesite una RM de confirmación (si no se la han hecho ya) con o sin biopsia de próstata confirmatoria o pruebas de biomarcadores. Realizar pruebas confirmatorias es una manera de saber si su cáncer de próstata no es peor de lo que parece.

Los pacientes del grupo de riesgo intermedio reducido que tienen cáncer con un bajo porcentaje de patrón de Gleason 4, tumor de bajo volumen, baja densidad de PSA o riesgo genómico bajo son candidatos particularmente buenos para el seguimiento activo.

No se recomienda el seguimiento activo para pacientes en el grupo de riesgo intermedio reducido cuyas células cancerosas vistas al microscopio indican un mayor riesgo de cáncer agresivo o recurrente.

En el caso de una enfermedad de riesgo intermedio reducido, se lo debe controlar de cerca para detectar cualquier cambio. **Consulte la Guía 9.**

Radioterapia

La radioterapia es una opción de tratamiento para algunos pacientes con cáncer de riesgo intermedio reducido. Si es una buena opción para usted puede depender de varios factores, entre otros, el tamaño del tumor o los resultados de una prueba de riesgo especializada. Las radioterapias incluyen RTHE o braquiterapia.

Cirugía de próstata

Si tiene una esperanza de vida de 10 años o más, la cirugía para extirpar la próstata (prostatectomía radical) puede ser una opción.

Aunque no es habitual en el cáncer de riesgo intermedio reducido, es posible que le extirpen los ganglios linfáticos pélvicos si hay un pequeño riesgo de que el cáncer se extienda hacia ellos. (Su médico puede determinar este riesgo mediante un nomograma). El procedimiento quirúrgico llamado linfadenectomía pélvica se realiza para extirpar los ganglios linfáticos y analizarlos a fin de determinar si hay cáncer.

En determinadas circunstancias, podría necesitar tratamiento adicional después de la cirugía si el anatomopatólogo encuentra características de alto riesgo (adversas) en el tejido prostático extirpado.

Consulte la Guía 8. Las características adversas sugieren que no se extirpó todo el cáncer durante la cirugía.

Pero incluso si se detecta alguna característica adversa, la opción preferida es someterse a un control en lugar de un tratamiento adicional inmediato. El tratamiento adicional, de ser necesario, suele ser una combinación de radioterapia y hormonoterapia.

Si los resultados de los estudios no encuentran características de alto riesgo, su equipo de tratamiento simplemente lo controlará por si hay algún signo de que el cáncer reaparezca (recidiva). El control implica análisis de PSA periódicos y, en ocasiones, exámenes de tacto rectal. Si su nivel de PSA aumenta durante el control, le harán otros estudios para determinar si el cáncer ha reaparecido.

Esperanza de vida: entre 5 y 10 años

Si tiene cáncer de próstata de riesgo intermedio reducido y su esperanza de vida estimada es entre 5 y 10 años, hay dos opciones:

Observación

La observación es la opción preferida para las personas en esta situación. La observación implica análisis de PSA ocasionales y observación de los síntomas que se pueden tratar con terapia paliativa.

Radioterapia

La radioterapia es una opción de tratamiento para algunas personas cuyo cáncer de riesgo intermedio reducido puede crecer o presentar síntomas durante su vida. Las radioterapias incluyen RTHE o braquiterapia.

- PSA de 10 a 20 ng/ml.

O al menos una de estas características **y** más de la mitad de los cilindros tisulares de la biopsia presentan cáncer.

Las opciones de tratamiento para el cáncer de riesgo intermedio elevado se indican en la **Guía 10**. Las opciones de tratamiento se basan en la esperanza de vida.

Riesgo intermedio elevado

En el subgrupo de riesgo intermedio elevado, se describe el cáncer de próstata que presenta **dos o tres** de las siguientes características:

- Tumor de estadio T2b o T2c.
- Grupo de grado 2 o 3.

Guía 10

Grupo de riesgo intermedio elevado: opciones de tratamiento inicial

Esperanza de vida	Tratamiento inicial	Seguido por
10 años o más	Cirugía de próstata con o sin extirpación de ganglios linfáticos pélvicos*	Estudios para la persistencia y recidiva del PSA
	Radioterapia y hormonoterapia	Estudios para la recidiva del PSA
De 5 a 10 años	Observación	
	Radioterapia y hormonoterapia	Estudios para la recidiva del PSA

* Consulte las características adversas en la Guía 8

Esperanza de vida: 10 años o más

Si tiene cáncer de próstata de riesgo intermedio elevado y su esperanza de vida estimada es de 10 años o más, las opciones de tratamiento inicial incluyen prostatectomía radical o radioterapia con hormonoterapia.

Cirugía de próstata

La extirpación quirúrgica de la próstata (prostatectomía radical) es la opción recomendada para las personas en este grupo de riesgo.

También es posible que le extirpen los ganglios linfáticos pélvicos si hay un pequeño riesgo de que el cáncer se extienda hacia ellos. (Su médico determinará este riesgo mediante un nomograma). El procedimiento quirúrgico llamado linfadenectomía pélvica se realiza para extirpar los ganglios linfáticos y analizarlos a fin de determinar si hay cáncer.

Es posible que reciba tratamiento adicional después de la cirugía si el anatomopatólogo encuentra características de alto riesgo en el tejido prostático extirpado (**consulte la Guía 8**) o si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos.

Las características adversas sugieren que no se extirpó todo el cáncer durante la cirugía de próstata. Incluso si se detectan algunas características adversas, la opción preferida es someterse a un control en lugar de un tratamiento adicional.

Si los resultados de los estudios no encuentran características de alto riesgo después de la cirugía de próstata, su equipo de tratamiento lo controlará por si hay algún signo de que el cáncer reaparezca (recidiva). El control implica análisis de PSA periódicos y, en ocasiones, exámenes de tacto rectal. Si su nivel de PSA aumenta durante el control, le harán otros estudios para determinar si el cáncer ha reaparecido.

Radioterapia y hormonoterapia

La radioterapia con hormonoterapia es también una opción de tratamiento inicial para quienes tienen riesgo intermedio elevado y una esperanza de vida de 10 años o más.

Las opciones de radioterapia incluyen RTHE o braquiterapia. El tipo de radioterapia que recibirá depende de diversos factores, entre otros, la extensión del cáncer.

La hormonoterapia es un tratamiento de supresión androgénica (TSA) durante 4 a 6 meses, que es preferible realizar durante la radioterapia y después de ella.

Esperanza de vida: entre 5 y 10 años

Si tiene cáncer de próstata de riesgo intermedio elevado y su esperanza de vida es de 5 a 10 años, sus opciones de tratamiento incluyen las siguientes:

Observación

Como el cáncer puede progresar muy lentamente como para causar problemas en 5 o 10 años, no se recomienda el seguimiento activo para pacientes de este grupo de riesgo. En cambio, la observación es la opción recomendada. La observación implica análisis de PSA ocasionales y observación de los síntomas que se pueden tratar con terapia paliativa.

Radioterapia y hormonoterapia

La radioterapia con hormonoterapia también es una opción de tratamiento para las personas del grupo de riesgo intermedio elevado con una esperanza de vida estimada de entre 5 y 10 años. El tratamiento incluye RTHE o braquiterapia junto con 4 a 6 meses de hormonoterapia. La hormonoterapia debe realizarse preferiblemente durante y después de la radioterapia, en lugar de antes de ella.

Riesgo alto o muy alto

En el **grupo de riesgo alto** se encuentran las personas cuyo cáncer tiene **al menos una** de las siguientes características:

- Tumor de estadio T3 a T4.
- Grupo de grado 4 o 5.
- PSA superior a 20 ng/ml.

En el **grupo de riesgo muy alto** se encuentran las personas cuyo cáncer tiene **al menos dos** de las siguientes características:

- Tumor de estadio T3 a T4.
- Grupo de grado 4 o 5.
- PSA superior a 40 ng/ml.

El tratamiento es más agresivo para el cáncer de próstata de riesgo alto o muy alto. Las opciones de tratamiento dependen de la esperanza de vida y de la presencia de síntomas. **Consulte la Guía 11.**

Guía 11

Grupos de riesgo alto y muy alto: opciones de tratamiento inicial

Esperanza de vida	Tratamiento inicial	Seguido por
Más de 5 años o presenta síntomas	Radioterapia y hormonoterapia	Estudios para la recidiva del PSA
	Radioterapia, hormonoterapia y Zytiga (abiraterona) (solo cáncer de riesgo muy alto)	Estudios para la recidiva del PSA
	Cirugía de próstata*	Estudios para la persistencia y recidiva del PSA
5 años o menos y no presenta síntomas	Observación	
	Radioterapia y hormonoterapia	Estudios para la recidiva del PSA
	Hormonoterapia	Estudios para la recidiva del PSA
	Radioterapia	Estudios para la recidiva del PSA

* Consulte las características adversas en la Guía 8

Esperanza de vida: más de 5 años o presenta síntomas

Si su esperanza de vida es superior a 5 años o si presenta síntomas, existen varias opciones de tratamiento inicial:

Radioterapia y hormonoterapia

La radioterapia combinada con hormonoterapia a largo plazo puede ser un tratamiento inicial eficaz para los pacientes de riesgo alto o muy alto. Para esta opción, la hormonoterapia se administra antes, durante y después de la RTHE durante 18 meses a 3 años.

Otra opción de radioterapia, si se dispone de ella, es la RTHE combinada con braquiterapia y hormonoterapia a largo plazo (de 1 a 3 años). La combinación de RTHE y braquiterapia permite un control más preciso de la dosis de radiación. Cuando se agrega hormonoterapia a esta combinación, los resultados de los pacientes suelen mejorar. Algunas personas que reciben esta combinación de tratamiento pueden recibir una hormonoterapia más breve (1 año).

También existe una opción de tratamiento solo para determinados pacientes con cáncer de próstata de riesgo muy alto: Zytiga (abiraterona) se puede combinar con radioterapia y dos años de hormonoterapia.

Cirugía de próstata

Si tiene una esperanza de vida superior a 5 años, la prostatectomía radical es una opción para los pacientes del grupo de riesgo alto y determinados pacientes del grupo de riesgo muy alto. Su edad y su estado general de salud son factores para decidir si esta es una buena opción para usted.

Después de la intervención quirúrgica, se analizará el tejido prostático extirpado. Es posible que necesite tratamiento adicional si se encuentran características adversas (de alto riesgo) (**consulte la Guía 8**) o si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos:

- **Sin características adversas:** si en los resultados del estudio no se encuentran características adversas en el tejido prostático, no se necesita más tratamiento. Se realizará un control del cáncer. El control implica análisis de PSA periódicos y, en ocasiones, exámenes de tacto rectal. Si su nivel de PSA comienza a elevarse durante la etapa de control, es posible que necesite tratamiento para la recidiva del PSA.
- **Con características adversas:** si en los resultados del estudio se encuentran características adversas, pero no se detecta cáncer en los ganglios linfáticos después de la cirugía, la opción preferida es el control de la recidiva del cáncer. El tratamiento adicional, normalmente una combinación de radioterapia y hormonoterapia, también es una opción.
- **Cáncer en los ganglios linfáticos:** si la cirugía de próstata muestra que el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos, pero no hay otras características adversas, el tratamiento adicional con radioterapia y hormonoterapia puede ser su próxima opción. El control también es una opción razonable si su nivel de PSA no es detectable. Sin embargo, si su nivel de PSA comienza a elevarse durante la etapa de control, es posible que necesite tratamiento para la recidiva del PSA.

El tratamiento adicional y la recidiva del PSA se describen con más detalle en el *Capítulo 7: Persistencia y recidiva del PSA*.

Tratamiento complementario

Además de estos tratamientos, también puede recibir tratamiento complementario (cuidados paliativos). El tratamiento complementario apunta a aliviar los síntomas causados por el cáncer y los efectos secundarios producidos por su tratamiento.

Esperanza de vida: 5 años o menos sin síntomas

Las personas que tienen un riesgo alto o muy alto y una esperanza de vida estimada de 5 años o menos deben someterse a una gammagrafía ósea para determinar si el cáncer se ha extendido a los huesos. También es posible que le hagan estudios de diagnóstico por imágenes del abdomen y la zona pélvica para detectar cáncer en los ganglios linfáticos y otras zonas cercanas a la próstata. La detección de cáncer en estas zonas afectará el tratamiento que reciba.

Pero si el cáncer **no se ha** extendido a los huesos, ganglios linfáticos u órganos, hay cuatro opciones disponibles:

Observación

Para las personas con mayor riesgo y menor esperanza de vida, el mejor tratamiento puede ser no recibir ningún tratamiento. La observación implica principalmente análisis de PSA ocasionales y observación de los síntomas que se pueden tratar con terapia paliativa. **Consulte la Guía 11.**

Radioterapia y hormonoterapia

La radioterapia combinada con hormonoterapia a largo plazo puede ser un tratamiento primario eficaz para los pacientes de riesgo alto o muy alto. La hormonoterapia se administra antes, durante y después de la RTHE durante 18 meses a 3 años.

Hormonoterapia

El TSA solo puede ser una opción para determinados pacientes que tienen una esperanza de vida de 5 años o menos, con síntomas o sin ellos.

Radioterapia

La RTHE sola es una opción para algunas personas con cáncer de próstata de riesgo alto o muy alto. Sin embargo, la braquiterapia sola no es una opción para las personas con cáncer de riesgo alto o muy alto.

Tratamiento complementario

Además de estos tratamientos, también puede recibir tratamiento complementario (cuidados paliativos). El tratamiento complementario apunta a aliviar los síntomas causados por el cáncer y los efectos secundarios producidos por su tratamiento.

Después del tratamiento

Después del tratamiento inicial, se controlará que no presente un aumento del PSA o recidiva del cáncer. El control implica realizar estos estudios de seguimiento:

- Análisis de PSA cada 6 a 12 meses durante 5 años, luego una vez al año.
- Examen de tacto rectal, si su médico sospecha recidiva del cáncer.

El análisis de PSA puede hacerse con mayor frecuencia en las personas con cáncer de riesgo alto y muy alto.

Si su nivel de PSA (o el examen de tacto rectal, si se realiza) indica que el cáncer ha regresado, podrían hacer estudios de diagnóstico por imágenes, una biopsia o tratamiento adicional (o diferente). *Consulte el Capítulo 7: Persistencia y recidiva del PSA.*

Puntos clave

- Todos los pacientes que elijan el seguimiento activo deben hacerse una biopsia de próstata confirmatoria uno o dos años después de la biopsia inicial.
- Si hay riesgo de que el cáncer se haya extendido o se disemine a los ganglios linfáticos de la zona pélvica, se puede realizar un procedimiento para extirpar los ganglios linfáticos y analizarlos a fin de determinar si hay cáncer.
- Presentar características adversas después de una prostatectomía radical indica que puede necesitar tratamiento adicional.
- Si su nivel de PSA comienza a elevarse después del tratamiento inicial, es posible que necesite tratamiento para la recidiva del PSA.

Preguntas para hacer

- ¿Cuánto tiempo tomará el tratamiento?
- ¿Cubrirá mi seguro el tratamiento que me recomiendan?
- ¿Sugiere opciones diferentes a las que recomienda NCCN? Si es así, ¿por qué?
- ¿Cómo sabrá si el tratamiento es eficaz?
- ¿Qué probabilidades hay de que el cáncer empeore o regrese?

La radioterapia combinada con hormonoterapia a largo plazo puede ser un tratamiento inicial eficaz para los pacientes de riesgo alto o muy alto.



7

Persistencia y recidiva del PSA

- 64 Estudios de la persistencia o la recidiva
- 65 Tratamiento de la persistencia o la recidiva
- 67 Supervivencia
- 67 ¿Cuál es el siguiente paso?
- 68 Puntos clave
- 68 Preguntas para hacer

Incluso después del tratamiento con cirugía de próstata o radioterapia, es posible que su nivel de PSA no disminuya lo suficiente. O bien, su nivel de PSA puede caer pero, en algún momento, comienza a subir de nuevo. Por lo general, estos son signos de que necesitará más tratamiento.

Si se sometió a una prostatectomía radical, se deben haber eliminado todas las células que producen el antígeno prostático específico (PSA) durante la cirugía. Por lo tanto, su nivel de PSA debe ser indetectable. Si se sometió a radioterapia, su nivel de PSA debería disminuir constantemente y permanecer en un nivel bajo.

Sin embargo, en aproximadamente 1 de cada 3 personas tratadas para cáncer de próstata localizado, el nivel de PSA no baja lo suficiente (esto se llama persistencia del PSA) o cae a casi cero, pero con el tiempo comienza a aumentar nuevamente (esto se llama recidiva del PSA).

Se considera que el PSA es persistente si no ha descendido lo suficiente en el momento en que se realiza el primer análisis de PSA después de la cirugía.

Es posible que la recidiva del PSA no se presente durante varios años después del tratamiento inicial.

La persistencia y la recidiva del PSA pueden ser indicios de que el cáncer no ha desaparecido por completo o de que ha vuelto a aparecer en otra parte del cuerpo. Por estas razones, el tratamiento para la persistencia y recidiva del PSA suele incluir tratamientos locales y sistémicos (de todo el cuerpo). El tratamiento local suele ser la radiación, mientras que el tratamiento sistémico implica hormonoterapia.

Un aumento del PSA no necesariamente debe causar pánico. Suele haber tiempo para decidir el tratamiento correcto. En ocasiones no es necesario realizar un tratamiento y puede continuar con los controles.

Si tiene una esperanza de vida de 5 años o menos

Tenga en cuenta que la mayoría de las opciones de tratamiento enumeradas en este capítulo son para las personas con una esperanza de vida de más de 5 años.

Para quienes tienen una esperanza de vida estimada de 5 años o menos, la observación o los tratamientos complementarios (terapia paliativa) pueden ser opciones más razonables que someterse a un tratamiento y lidiar con sus efectos secundarios.

Estudios de la persistencia o la recidiva

Antes de decidirse por algún tratamiento, tendrá que hacerse algunos estudios más para averiguar qué tan agresivo puede ser el cáncer.

Lo primero que hará su médico es volver a evaluar su riesgo. Para determinar su nivel de riesgo actual, se tienen en cuenta muchos factores, no solo su nivel de PSA.

Estos factores incluyen su edad, su estado de salud general, el tipo de tratamiento inicial que recibió y cuánto tiempo hace que lo recibió, si hubo factores adversos o cáncer en los ganglios linfáticos, la rapidez con la que aumenta su PSA, entre otras cosas.

Si es necesario, las pruebas adicionales pueden incluir biopsias o estudios de diagnóstico por imágenes de cuerpo entero.

Tratamiento de la persistencia o la recidiva

Si su esperanza de vida es de más de 5 años, el tratamiento depende de si su tratamiento anterior fue una prostatectomía radical o radioterapia.

Consulte la Guía 12.

Después de la cirugía de próstata

Si presenta una persistencia o recidiva del PSA y su tratamiento inicial fue la prostatectomía radical, su próximo tratamiento depende de los resultados de los estudios quirúrgicos:

No se ha encontrado ningún otro tipo de cáncer

Si su nivel de PSA está alto, pero los estudios no detectan cáncer en los ganglios linfáticos de la zona pélvica ni en ninguna otra parte del cuerpo, el tratamiento preferido es la radioterapia con o sin hormonoterapia. El control es una opción para determinados pacientes.

Cáncer en la zona pélvica

Si los estudios detectan cáncer en los ganglios linfáticos de la zona pélvica, es posible que se le administre radioterapia, posiblemente combinada con hormonoterapia. También se puede incluir hormonoterapia adicional con abiraterona.

Cáncer en otra zona del cuerpo

Si los estudios detectan que el cáncer se ha extendido a otra zona del cuerpo, significa que el cáncer ha hecho metástasis y necesita un tratamiento más avanzado. Consulte *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de próstata avanzado*.

Después de la radioterapia

Si presenta una recidiva del PSA y su tratamiento inicial fue la radioterapia, su próximo tratamiento depende de los resultados de sus últimos estudios:

No se ha encontrado ningún otro tipo de cáncer

Si su nivel de PSA está alto, pero los estudios no detectan cáncer en los ganglios linfáticos pélvicos ni en ninguna otra parte del cuerpo, es posible que le hagan otra biopsia o simplemente que lo controlen con los estudios habituales.

Cáncer en la próstata

Si en las pruebas se detecta cáncer en la próstata, hablará con su equipo de atención médica sobre la posibilidad de someterse a una prostatectomía radical con extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos o a un nuevo tratamiento. El nuevo tratamiento incluye opciones no quirúrgicas como más radioterapia (llamada rerradioterapia), crioterapia, o posiblemente ultrasonidos concentrados de alta intensidad.

La crioterapia y los ultrasonidos concentrados de alta intensidad solo se usan en determinados casos.

- **Crioterapia:** también conocida como criocirugía o crioablación, la crioterapia destruye las células cancerosas al congelarlas.
- **Ultrasonidos concentrados de alta intensidad:** este tratamiento, también llamado HIFU (por sus siglas en inglés), destruye el tejido prostático con el calor generado por ondas de ultrasonido de alta energía.

Cáncer en la zona pélvica

Si los estudios detectan cáncer en los ganglios linfáticos de la zona pélvica, sus opciones incluyen control o tratamiento con hormonoterapia (TSA) y radioterapia o rerradioterapia. Otras opciones de tratamiento incluyen extirpación o radioterapia de los ganglios linfáticos de la zona pélvica con o sin hormonoterapia.

Guía 12

Tratamiento de la persistencia o recidiva del PSA

Tratamiento inicial	Resultados de los estudios	Opciones de tratamiento de la persistencia o la recidiva
Prostatectomía radical	PSA elevado, pero sin otros signos de cáncer	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia con o sin hormonoterapia (opción preferida) • Control
	Cáncer en los ganglios linfáticos pélvicos	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia y hormonoterapia • Radioterapia y hormonoterapia + abiraterona
	El cáncer se ha extendido a otra zona del cuerpo (hizo metástasis)	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere tratamiento avanzado
Radioterapia	PSA elevado o examen de tacto rectal anormal, pero sin otros signos de cáncer o Cáncer solo en la próstata	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsia • Control • Hormonoterapia • Prostatectomía radical y linfadenectomía pélvica • Crioterapia • Ultrasonidos concentrados de alta intensidad • Rerradioterapia
	Cáncer en los ganglios linfáticos pélvicos	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsia • Control • Hormonoterapia con o sin abiraterona • Radioterapia de los ganglios linfáticos de la zona pélvica con o sin hormonoterapia • Rerradioterapia de los ganglios linfáticos 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

Cáncer en otra zona del cuerpo

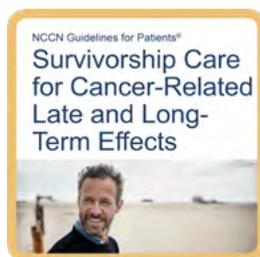
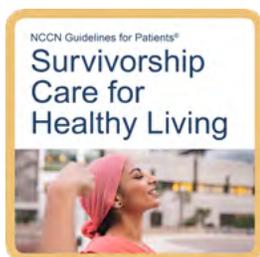
Si los estudios detectan que el cáncer se ha extendido a otra zona del cuerpo, esto significa que el cáncer ha hecho metástasis y necesita un tratamiento más avanzado. Consulte *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de próstata avanzado*.

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 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 recidiva 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](#).



¿Cuál es el siguiente paso?

Después de recibir tratamiento para la persistencia o la recidiva 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 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/recidiva.

Si el cáncer reaparece, pero se extiende a otra zona del cuerpo, necesitará un tratamiento más avanzado. Consulte *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de próstata avanzado*. Como siempre, puede pedir que lo incluyan en un ensayo clínico.

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 médica. Ellos pueden recomendarle profesionales que lo ayuden a afrontar estos sentimientos y guiarlo en los próximos pasos.

Puntos clave

- Después del tratamiento para el cáncer de próstata, algunas personas presentan una persistencia del PSA (el nivel de PSA no disminuye lo suficiente) o recidiva del PSA (el nivel de PSA disminuye, pero luego comienza a aumentar nuevamente).
- La persistencia y la recidiva del PSA pueden ser indicios de que el cáncer no ha desaparecido por completo o de que puede reaparecer en otras partes del cuerpo.
- Para las personas con persistencia o recidiva del PSA y una esperanza de vida de 5 años o menos, la observación puede ser una opción más razonable que someterse a un tratamiento.
- Si los estudios detectan que el cáncer se ha extendido a otra zona del cuerpo, esto significa que el cáncer ha hecho metástasis y necesita un tratamiento más avanzado.

- Puede tener cáncer de próstata y seguir disfrutando de la vida después del diagnóstico y el tratamiento.

Preguntas para hacer

- ¿Por qué regresó el cáncer?
- ¿Por qué estoy recibiendo solo un tratamiento nuevo? ¿Por qué no probar varios al mismo tiempo?
- ¿Debo consultar también con un médico oncólogo o un radiooncólogo, en función del próximo tratamiento que recibiré?
- Si la radioterapia no detuvo el cáncer la primera vez, ¿por qué debo recibirla nuevamente?
- ¿Cuáles son los beneficios y los riesgos de sumar la hormonoterapia a la radioterapia?

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.



8

Otros recursos

- 70 Qué más hay que saber
- 70 Qué más hacer
- 70 Dónde obtener ayuda
- 71 Preguntas para hacer

¿Quiere saber más? Aquí le explicamos cómo obtener ayuda adicional.

Qué más hay que saber

Este libro puede ayudarle a mejorar su atención oncológica. En él, se explican con claridad las recomendaciones de los expertos y se sugieren preguntas que puede hacerle a su equipo de atención médica. Pero no es el único recurso que tiene.

Puede recibir tanta información y ayuda como necesite. A muchas personas les interesa saber más sobre los siguientes temas:

- Ayuda para elegir el tratamiento correcto.
- Riesgos de incontinencia urinaria y efectos secundarios sexuales.
- Obtención de una segunda opinión sobre los resultados de los estudios o el plan de tratamiento.
- Afrontamiento de los miedos, la ansiedad o la desesperanza.
- Conversación con otros pacientes que también tienen cáncer de próstata.

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudar con los próximos pasos. Suelen disponer de recursos in situ para ayudar a satisfacer sus necesidades y encontrar respuestas a sus preguntas. Los centros de salud también pueden informarle de los recursos existentes en su comunidad.

Además de la ayuda de sus profesionales de atención médica, los recursos enumerados en la

siguiente sección proporcionan apoyo a muchas personas como usted. Consulte la lista y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

Dónde obtener ayuda

AnCan Foundation

ancan.org

Bag It

bagitcancer.org

Cancare, Inc.

cancare.org

CancerCare

CancerCare.org

Cancer Hope Network

cancerhopenetwork.org

Cancer Survivor Care

cancersurvivorcare.org

FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered

facingourrisk.org

Imerman Angels

imermanangels.org

Malecare

malecare.org

My Faulty Gene

myfaultygene.org

National Alliance of State Prostate Cancer Coalitions (NASPCC)

naspcc.org

National Coalition for Cancer Survivorship

canceradvocacy.org

National Prostate Cancer Awareness Foundation, Inc. (PCaAware)

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

Preguntas para hacer

- ¿Con quién debo hablar sobre vivienda, preparación de comidas y otras necesidades básicas?
- ¿Qué asistencia existe para el transporte, el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿Quién puede informarme sobre mis opciones de seguro médico y ayudarme a solicitar cobertura?
- ¿Cuánto debo pagar por mi tratamiento?
¿Qué ayuda existe para pagar los medicamentos y otros tratamientos?
- ¿Cómo me conecto con los demás para crear un sistema de apoyo?



**¡Cuéntenos
qué opina!**

**Tómese un momento para completar
una encuesta en línea sobre NCCN
Guidelines for Patients.**

NCCN.org/patients/response



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.

anatomopatólogo

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

anomalía genética

Un cambio anormal en las instrucciones de las células para generar y controlar las células. También se conoce como mutación.

antiandrógeno

Medicamento que impide la acción de la hormona testosterona.

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.

braquiterapia

Tratamiento con radiación de un objeto colocado cerca o dentro del tumor. También se llama radiación interna.

castración

Cirugía mediante la que se extirpan los testículos o medicamentos que inhiben la función de los testículos para mantener los niveles de testosterona bajos o cercanos a cero.

densidad del PSA

El nivel de PSA, una proteína producida por la próstata, en relación con el tamaño de la próstata.

disfunción eréctil

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

ecografía

Tipo de estudio por imágenes que usa ondas sonoras para tomar imágenes del interior del cuerpo.

esperanza de vida

Cantidad de años que probablemente viva una persona según las estadísticas de otras personas en circunstancias similares.

estadificación

El proceso de clasificar la extensión del cáncer en el cuerpo.

examen de tacto rectal

Examen de la próstata mediante su palpación a través de la pared del recto.

factor de riesgo

Algo que aumenta la posibilidad de contraer una enfermedad.

grupo de grado

Como la puntuación de Gleason, el grupo de grado es una escala que indica cuánto se parecen las células del cáncer de próstata a las células normales vistas con un microscopio. Los grupos de grado están diseñados para ser más fáciles de usar que la puntuación de Gleason.

hormonoterapia

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

incontinencia urinaria

Afección de salud en la que no se puede controlar la liberación de orina.

linfadenectomía pélvica

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

margen quirúrgico

Tejido de aspecto normal alrededor del tumor que se extirpa durante una operación.

metástasis

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

nomograma

Una herramienta matemática que usa información médica para predecir un resultado.

observación

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

orquiectomía

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

perineo

La región del cuerpo entre el escroto y el ano.

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.

prostatectomía radical con conservación de nervios

Una operación mediante la que se extirpa la próstata y uno o ninguno de los haces de nervios cavernosos.

puntuación de Gleason

Escala que indica cuánto se parecen las células del cáncer de próstata a las células normales vistas con un microscopio.

radioterapia

Tratamiento que utiliza rayos de alta energía (radiación) para eliminar las células cancerosas.

radioterapia de haz externo (RTHE)

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

recidiva

La reaparición del cáncer después de un período sin enfermedad.

recidiva 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.

seguimiento activo

Pruebas frecuentes y continuas para observar los cambios en el estado del cáncer, de modo que se pueda iniciar el tratamiento si es necesario.

testosterona

Hormona que ayuda al funcionamiento de los órganos sexuales masculinos.

tomografía computarizada (TC)

Estudio de diagnóstico por imágenes que usa rayos X desde varios ángulos para tomar imágenes con cortes transversales del interior del cuerpo.

tomografía por emisión de positrones (TEP)

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. También se le llama cuidados paliativos.

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.

uretra

Tubo que lleva la orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo a través del pene. También expulsa el semen.

vesículas seminales

Dos glándulas masculinas que producen el fluido que utilizan los espermatozoides para obtener energía.

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 2.2025. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, magíster en Ciencias
Directora ejecutiva de Operaciones de Información para Pacientes

John Murphy
Redactor médico sénior

Susan Kidney
Especialista ejecutiva en Diseño Gráfico

La Guía NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer de próstata, versión 2.2025 fue elaborada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

* Dr. Daniel E. Spratt, presidente
Case Comprehensive Cancer Center/University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Thomas A. Farrington, licenciado en Ingeniería Eléctrica
Prostate Health Education Network (PHEN)

* Dr. Mack Roach III
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dra. Sandy Srinivas, vicepresidenta
Stanford Cancer Institute

Dr. Xin Gao
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center | Mass General Cancer Center

Dr. Tyler P. Robin, doctor en Medicina
University of Colorado Cancer Center

Dr. Nabil Adra, magíster en Ciencias
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dra. Shilpa Gupta
Case Comprehensive Cancer Center/University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

* Stan Rosenfeld
University of California San Francisco Patient Services Committee Chair

* Dr. Bilawal Ahmed
The University of Tennessee Health Science Center

Dr. Joseph E. Ippolito, doctor en Medicina
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

Dra. Kristen R. Scarpato, magíster en Salud Pública
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dr. Yi An
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Dr. R. Jeffrey Barnes
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

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

Dra. Rhonda L. Bitting
Duke Cancer Institute

Dr. Amar Kishan
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dr. Russell Z. Szmulewitz
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dr. Brian Chapin
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dr. Michael R. Kuettel, doctor en Medicina, magíster en Dirección de Empresas
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dr. Benjamin A. Teplý
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dra. Heather H. Cheng, doctora en Medicina
Fred Hutchinson Cancer Center

Dr. Joshua M. Lang, magíster en Ciencias
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

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

Dr. Steve Y. Cho
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Dr. Daniel Lee, magíster en Ciencias
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dr. Richard K. Valicenti
UC Davis Comprehensive Cancer Center

* Dr. Anthony V. D'Amico, doctor en Medicina
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center | Mass General Cancer Center

Dra. Tamara Lotan
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. David VanderWeele, doctor en Medicina
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Dr. Neil Desai, magíster en Ciencias de la Salud
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dr. Todd M. Morgan
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dra. Jessica Karen Wong
Fox Chase Cancer Center

Dra. Tanya Dorff
City of Hope National Cancer Center

Dr. Rodrigo Pessoa, doctor en Medicina
Moffitt Cancer Center

NCCN

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

Dr. James A. Eastham
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dr. Soroush Rais-Bahrami, magíster en Dirección de Empresas
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Emily Kovach
Especialista en Diseño de Guías

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, 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

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Baltimore, Maryland

+1 410.955.8964

www.hopkinskimmelcancercenter.org

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,
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
and 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 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 Angeles, 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



**Comparta su
opinión con
nosotros.**

**Complete nuestra encuesta y
contribuya para que
NCCN Guidelines for Patients sea
mejor para todos.**

NCCN.org/patients/comments

Índice

- agrandamiento de la próstata (hiperplasia prostática benigna)** 10, 27
- análisis de riesgo especializados** 33-34, 53, 56
- antígeno prostático específico (PSA)** 11, 16, 26-27, 51, 64
- biopsia** 19, 20, 22-23, 27, 28, 30, 31, 32, 37, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 66
- braquiterapia** 41, 42, 43, 54, 56, 57, 58, 60, 61
- castración (orquiectomía)** 44
- cirugía de próstata (prostatectomía radical)** 38-41, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 64, 65, 66
- densidad del PSA** 27, 51, 56
- disfunción eréctil** 10, 40-41, 43, 45, 46
- efectos secundarios sexuales** 40-41, 45-46
- ensayo clínico** 47-48, 67
- esperanza de vida** 33, 38, 39, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 64
- estadificación** 30-31
- estudios genéticos** 12, 23-24
- examen de tacto rectal** 17, 19, 30, 31, 37, 61
- factor de riesgo** 12-13
- gammagrafía ósea** 21
- grupo de grado** 28, 29-30, 38, 51, 53, 55, 57, 59
- hormonoterapia (tratamiento de supresión androgénica, TSA)** 43, 44-46, 56, 57, 59, 58, 60, 61, 62, 65, 66
- incontinencia urinaria** 40, 43
- linfadenectomía pélvica** 56, 58, 57, 65, 66
- metástasis** 6, 19, 21, 30, 34, 66
- nomograma** 33, 56, 58
- observación** 33, 38, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 61, 64
- persistencia** 64-67
- pruebas de biomarcadores** 23
- puntuación de Gleason** 28-30
- radioterapia de haz externo (RTHE)** 41, 42, 54, 56, 57, 58, 60, 61
- recidiva** 20, 26, 56, 58, 60, 61, 64-67
- seguimiento activo** 6, 33, 37-38, 49, 51-52, 53, 55, 56, 58
- tratamiento complementario** 48, 60, 61, 64





Cáncer de próstata en estadio temprano 2025

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

[NCCNFoundation.org/Donate](https://www.nccn.org/Donate)

La traducción de esta NCCN Guidelines for Patients ha sido posible gracias al apoyo de AstraZeneca, Ferring Pharmaceuticals, Janssen Biotech Inc., Novartis Pharmaceuticals Corporation y Pfizer Inc.