

COMUNICACIÓN

Aspectos del cáncer de próstata y su repercusión en Villa Clara

Dr. Freddy Castillo Guerra¹

Dra. Lissi Lisbet Rodríguez Rodríguez²

Dra. Esther Gilda González Carmona³

RESUMEN

El cáncer de próstata es uno de los tumores malignos más frecuentes y es la segunda causa de muerte por esta enfermedad en el hombre, existen varios métodos terapéuticos a seguir en su tratamiento y el pronóstico y la recidiva bioquímica dependen del estadio y de la conducta.

DeCS:

NEOPLASMAS DE LA PROSTATA/
epidemiología

SUMMARY

Prostatic cancer is one of the most common malignant tumors, and represents the second cause of death in males. There are several therapeutic methods to treat this illness and the prognosis and the biochemical relapse depend on the stage and the behavior.

MeSH:

PROSTATIC NEOPLASMS/
epidemiology

El cáncer de próstata es uno de los tumores malignos más frecuentes y es la segunda causa de muerte por esta enfermedad en el hombre.¹ Se ha comprobado que la incidencia aumenta con la edad -se acentúa a partir de los 80 años-, a los 50 años un tercio de los hombres americanos tienen signos microscópicos de cáncer de próstata y a los 75 años de un tercio a la mitad tienen cambios cancerosos en la glándula;² muchos de ellos se mantienen asintomáticos durante largos períodos debido a que el tumor crece muy lentamente. En la década de los 90 se observó un aumento del 12% en la incidencia entre 75 y 84 años y del 42% por encima de los 85 años,³ el número de muertes por cáncer de próstata ha descendido desde 1993 y la razón entre la incidencia y la mortalidad de la enfermedad en 2004 fue de 7:1 (230 000_29 900); lo que aun no se conoce es la causa específica de este descenso en la mortalidad, se piensa que sea debido al uso de métodos más precoces de detección, a tratamientos más efectivos o a una combinación de ambos.

Entre los factores de riesgo asociados a esta enfermedad se encuentran la edad (aparece después de los 50 años) y la raza -es más frecuente en la negra que en la blanca y menos frecuente en los indios americanos y en los

asiáticos-; las personas que tienen antecedentes de padre o hermano con cáncer de próstata tienen mucho más riesgo de padecer la enfermedad que el resto de la población. Existen evidencias que sugieren que una dieta rica en grasa animal incrementa el riesgo y lo contrario ocurre con una dieta rica en vegetales y frutas. Aun se realizan estudios para definir si factores como la vasectomía, la hiperplasia prostática benigna, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, la exposición a radiaciones, la industria del caucho, los altos niveles de testosterona, la exposición al cadmio o los virus de transmisión sexual puedan tener alguna importancia en la génesis de dicha enfermedad.⁴

La introducción del antígeno prostático específico (PSA) en la práctica clínica cotidiana, a partir del año 1988, ha cambiado la presentación clínica de la enfermedad, así como la visión sobre la historia natural y la progresión de esta enfermedad. El PSA es una proteína prostática no específica para cáncer que puede determinarse al estudiar, mediante un método inmunológico, el suero de pacientes afectados por enfermedades tumorales de la próstata tanto benignas como malignas.⁵

La supervivencia de los pacientes está relacionada con la extensión del tumor: cuando éste se limita a la glándula prostática se puede anticipar una supervivencia promedio de más de cinco años; si se ha propagado a órganos distantes la supervivencia disminuye de uno a tres. Alrededor de un 70% de los pacientes desarrolla finalmente metástasis, de ellos entre el 80 y el 85% presentan metástasis óseas, mientras que el resto las presentan en ganglios, hígado y pulmón.⁶

La radioterapia externa ha sido usada en el tratamiento del adenocarcinoma de la glándula prostática por más de 30 años y ha demostrado su efectividad en la sobrevida y en el intervalo libre de progresión bioquímica.⁷ Esta modalidad terapéutica se considera la elección en el manejo del cáncer de próstata localmente avanzado (T3 y T4) pues la intervención quirúrgica, usualmente, resulta con márgenes quirúrgicos positivos y se requiere de radioterapia postoperatoria para lograr un control de la enfermedad; de un 30 a un 60% de los cánceres de próstata a los que se les realiza prostatectomía radical resultan márgenes positivos.

Hacia la mitad y finales de los 90 se observó una fuerte tendencia a tratar el cáncer de próstata con bloqueo androgénico neoadyuvante, seguido de prostatectomía radical; se apreció entonces una significativa respuesta del tumor al bloqueo hormonal pero, a pesar de que la operación presentó márgenes quirúrgicos negativos, se observó una recurrencia del PSA cuando se interrumpió el bloqueo hormonal, lo que indicaba presencia de tumor residual.⁸ En estudios comparativos donde se ha evaluado el uso de radioterapia con bloqueo hormonal contra radioterapia sola se ha observado una mejoría en el control local de la enfermedad, así como una mayor sobrevida libre de metástasis a distancia y de progresión.⁹ Todos los tratamientos empleados tienen complicaciones de distintos grados, por lo

que se hace necesario determinar el tratamiento más efectivo a utilizar con el menor índice de complicaciones y con la mayor efectividad.¹⁰

En Cuba la incidencia es de 19.3% del total de pacientes con cáncer –se excluyen los de piel–, la mortalidad es de 20.4% del total de hombres fallecidos por esta causa, la supervivencia es de 40.9% en todos los estadios y la sobrevida a los cinco años es de 40.9%, la tasa cruda es de 39.7 y la expectativa de vida es de 72.4 años; en Villa Clara es de 21.2% la incidencia, la mortalidad es de 28.9% y la sobrevida de 35.7% (se diagnostican en estadios más tardíos).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y el envejecimiento de la población se sugiere la realización de investigaciones con estudios sobre tratamiento y sobrevida, entre otros acápites, para definir conductas más adecuadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Cancer Society. Cancer facts and figures. Atlanta: American Cancer Society; 2006.
2. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de la próstata: Tratamiento (PDQ®) [Internet]. 2009 [actualizado el 12 de marzo de 2009; citado el 9 de Julio de 2010]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/prostata/Patient>
3. DeVita V, Hellman S, Rosemberg S. Cancers of the genitourinary system. En: Cancers Principles & Practice of Oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
4. Pérez Pérez R, Fajardo Pérez M, Orlando González N. El cáncer de próstata: un desafío constante para el Médico de Familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 Jun [citado el 12 de mayo de 2009]; 18(5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi1052002.htm
5. Fig WD, Ammerman K, Patronas N, Steinberg SM, Walls RG, Dawson N, et al. Lack of correlation between prostate-specific antigen and the presence of measurable soft tissue metastases in hormone-refractory prostate cancer. Cancer Invest. 2006; 14(6): 513-517.
6. American Cancer Society. New prostate cancer treatment guidelines for patients [Internet]. 1999 [citado el 9 de Julio de 2010]. Disponible en: http://www.cancer.org/docroot/nws/content/nws_1_1x_new_prostate_cancer_treatment_guidelines_for_patients.asp
7. Zlotecki RA. External-Beam radiotherapy in the management of carcinoma of the Prostate Cancer Control. 2006; 8(6): 503-510.
8. Walsh PC, Dewese TL, Eisenberger MA. Immediate versus deferred androgen supresion in prostate cancer-evidence for deferred treatment. J Urol. 2007; 166: 508-516.
9. D´Amico AV, Schultz D, Loffredo M. Biochemical outcome following external beam radiation therapy with or without androgen supresión therapy for clinically localizad prostate cancer. JAMA. 2008; 284(10): 1280-83.
10. Siegel T, Moul JW, Spevak M. The development of erectile dysfunction in men treated for prostate cancer. J Urol. 2008; 165: 430-435.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Urología. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz".
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Oncología. Profesora Instructora de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz".
3. Especialista de I Grado en Urología. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz".