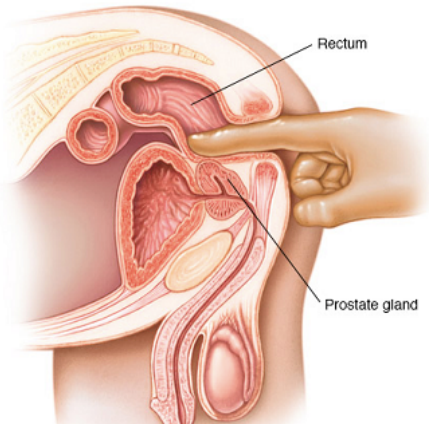
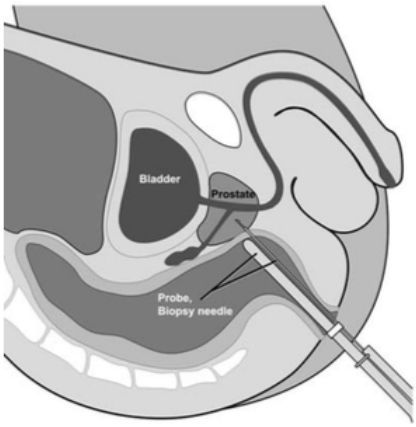
Lo que debe saber sobre el cáncer de próstata.

El cáncer de la próstata es la primera causa de cáncer en el mundo y la segunda o tercera causa de muerte por cáncer en algunos países. Cáncer significa que las células han perdido su control y se duplican de manera no habitual invadiendo otros órganos y funcionando de manera anormal. La próstata por algunos factores genéticos y ambientales es susceptible a estos cambios.

Habitualmente el cáncer de próstata no produce ningún síntoma en sus comienzos. Es sospechado al encontrarse ya sea una elevación del Antígeno prostático especifico (PSA) en la sangre o por un examen rectal en el cual el urólogo siente un nódulo o cambio en la consistencia de la próstata.[1] Si el tacto muestra un nódulo o induración en la próstata o el PSA está elevado para la edad, se debe realizar una biopsia de la próstata guiada por ecografía hecha por vía rectal habitualmente. Este examen permite obtener muestras de tejido que posteriormente se envían al laboratorio de patología y se obtiene el reporte de la presencia o ausencia de cáncer de la próstata. [2]



Exámen de Tacto rectal



Biopsia transrectal de próstata guiada por ultrasonido

Mi examen de patología NO muestra cáncer de la próstata. Entonces que debo hacer?

Un resultado negativo quiere decir que en las muestras analizadas no hay cáncer de la próstata. Sin embargo se debe seguir en controles periódicos y repetir una prueba de PSA y visita al urólogo entre 3-6 meses después de la Biopsia. Cambios de estilo de vida saludables pueden ayudar a disminuir el riesgo de desarrollar un Cáncer de la próstata (Recomendaciones de salud y estilo de vida para prevenir el cáncer de próstata)

Mi examen de patología SI muestra un cáncer de la próstata. Que debo hacer?

Si se encuentra un cáncer de la próstata en la patología su urólogo le orientará las opciones habituales de tratamiento. No todos los cánceres de la próstata son iguales. La patología permite no solo diagnosticar el cáncer sino también permite determinar uno de los principales parámetros para definir su agresividad. En el resultado de la patología usted encontrará que se menciona una palabra llamada Gleason. Esta es una clasificación de la arquitectura de las glándulas de la próstata afectadas por el tumor Es una escala que va de 1 a 5 siendo 1 prácticamente la normalidad y 5 el mayor grado de compromiso

tumoral. Esta clasificación siempre tiene dos números reportados, por ejemplo Gleason 3+4. En la actualidad es raro que reporte un numero inferior a 3+3=6 siendo este Gleason el que se asocia a un mejor pronóstico y el 5+5 a un pronostico mas sombrío.

Su médico habitualmente integra los resultados de la patología (Gleason), el valor del PSA y los hallazgos al tacto rectal y se construye una clasificación de riesgo del tumor en tres grados así:

Cáncer de próstata de bajo riesgo	**PSA menor de 10 tumor Gleason de 3+3 y tacto rectal normal**
Cáncer de próstata de moderado Riesgo	**PSA entre 10-20, Gleason de 3+4 y nódulo al tacto rectal**
Cáncer de próstata de Alto riesgo	**PSA mayor a 20, Gleason de 4+3 o mas alto, enfermedad palpable al tacto rectal.**

En pacientes con enfermedad de bajo riesgo, la posibilidad de seguimiento sin una intervención quirúrgica es una opción válida. Requiere eso si de un seguimiento trimestral y visita al urólogo para tacto rectal así como nuevas biopsias de la próstata a largo plazo.

En pacientes que no acepten la opción de seguimiento en enfermedad de bajo riesgo o su enfermedad sea de moderado o alto riesgo la opción de cirugía de próstata o radioterapia son una alternativa. Es común realizar adicionalmente estudios de los huesos como gamagrafía ósea o una tomografía del abdomen en estos casos.

Vale la pena realizar una resonancia magnética de la próstata?

La resonancia magnética de la próstata es un examen complementario que no remplaza al examen rectal o al antígeno prostático y tampoco remplaza a la biopsia. Es común que en pacientes con enfermedad de moderado o alto riesgo se realice este examen ya que permite planear mejor el tratamiento futuro. Sin embargo no es un examen indispensable en la toma de decisiones. [3]

¿Cuando la cirugía es el mejor tratamiento?

La cirugía para el cáncer de próstata consiste en extraer la glándula de la próstata (toda la próstata), el tejido circundante y en algunas ocasiones los ganglios linfáticos de la pelvis. Toda la glándula prostática debe ser retirada a diferencia de la cirugía para patología benigna como el crecimiento prostático en la cual solo se quita una parte de la próstata (la que obstruye la uretra para orinar).

La decisión de someterse a una cirugía debe ser basada en varios criterios como lo son el estadío de la enfermedad, el grado de agresividad, el estado de salud general de la persona y la edad.

¿Cuáles son mis posibilidades de ser curado con cirugía?

Si el cáncer está confinado a la próstata, la oportunidad de curación con cirugía sola a los 5 años es cercana al 95 por ciento y a 10 años del 90%. La sobrevida asociada al cáncer es cercana al 100%.

¿Cuáles son los efectos secundarios de la cirugía?

Sus efectos secundarios pueden que se basen en la edad y el estado de salud así como el tipo de cirugía que se seleccione. Las secuelas más frecuentes son:

• Los problemas de erección (impotencia o disfunción eréctil):

Los nervios de la erección viajan paralelos a la próstata y en ocasiones pueden verse comprometidos por el tumor o por la operación. Se calcula que con las técnicas actuales hasta el 50% de los pacientes pueden recuperar la capacidad espontanea de tener erecciones. En el porcentaje restante se requiere usar medicaciones tomadas o en algunos casos inyecciones para tener una erección. Es muy importante que de manera muy temprana después de la

intervención se haga una rehabilitación sexual guiada por terapeuta que ayude a mejorar la calidad de las erecciones.

• Los problemas de vejiga (incontinencia):

Todos los pacientes después de la intervención requieren utilizar de manera temporal protectores o pads para la incontinencia urinaria. Al mes de la intervención cerca del 50% de los pacientes ya han alcanzado el control del esfínter urinario. A los 3 meses el 80% lo logra y a los 6 meses cerca del 93% de los pacientes lo ha logrado. En aquellos pacientes que al año de la intervención no logran ser continentes, se requiere una evaluación especial y potencialmente algún tratamiento con intervenciones. Para minimizar este efecto, se realiza también rehabilitación del piso pélvico en el posoperatorio lo cual reduce el riesgo de incontinencia urinaria de manera significativa

• El sangrado:

La necesidad de transfusión depende del tipo de cirugía escogido. Sin embargo necesidad de transfusión ocurre en menos del 10% de los pacientes. La cirugía laparoscópica asistida por robot tiene como ventaja un menor sangrado que la cirugía convencional abierta.

• Los coágulos de sangre en las piernas o las venas de la pelvis o pulmón:

Esto ocurre en un grupo muy pequeño de pacientes. La posición durante la operación y el reposo pueden ser factores que aumenten la probabilidad de formación de coágulos en piernas o en pulmones. Para evitar este riesgo que es menor al 1% se utilizan agentes anticoagulantes por los primeros 8 días después la intervención

• Los cambios en la eyaculación y el orgasmo:

Usted puede encontrar que no hay salida de semen al exterior y los orgasmos pueden ser menos intensos. La intensidad del orgasmo puede aumentar con el tiempo.

• Estenosis del sitio de la operación

Se puede formar una cicatriz interna en el sitio de la operación que dificulte orinar y se requiera dilatar la uretra la gran mayoría de veces como procedimiento de consultorio sin tener que ir a un quirófano. Esto ocurre hasta en el 10% de los pacientes.

• Infertilidad:

Después de la cirugía, ya no se puede engendrar un hijo a través de las relaciones sexuales.

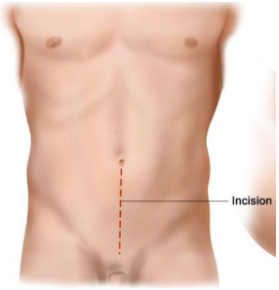
¿Qué tipos de cirugía están disponibles?

Hay varias formas de cirugía de prostatectomía radical que puede hacerse. La cirugía abierta es la mas antigua de todas. Sin embargo las mínimas incisiones por laparoscopia y el uso de cirugía robótica son una alternativa.

Prostatectomía radical abierta retropúbica:

El cirujano hará un corte (incisión) en la parte baja del abdomen y quitará la próstata a través de esta abertura. Este tipo de cirugía permite a su médico acceder a la próstata y el tejido circundante. Es la cirugía clásica que se hace desde hace más de un siglo sin embargo desde finales de los años 80 el mejor entendimiento de la anatomía permite hacer una operación respetando los

nervios de la erección disminuyendo así el riesgo de complicaciones. Requiere de una estancia en el hospital entre 2-5 días y una sonda por la uretra por espacio de 10 a 15 días así como una convalecencia de aproximadamente 4 a 6 semanas.



Incisión de la Prostatectomía radical abierta

Prostatectomía radical abierta perineal: (La incisión perineal)

El cirujano hará una incisión entre su ano y el escroto y quitar la próstata a través esta apertura. Este tipo de cirugía no es comúnmente realizado.

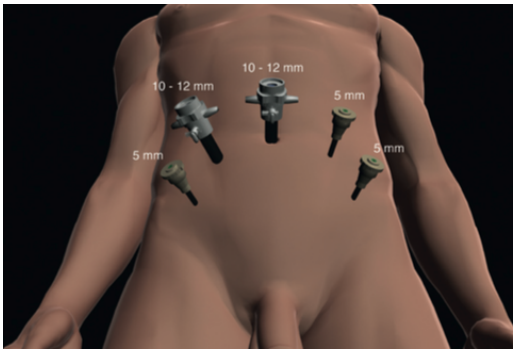
Prostatectomía radical laparoscópica:

Es una cirugía de mínimas incisiones (aproximadamente 5) de menos de un centímetro cada una. Por estas incisiones se introducen instrumentos quirúrgicos y una pequeña cámara para realizar la intervención. El paciente requiere hospitalización por espacio de 2-3 días y una sonda por aproximadamente 8 a 10 días y convalecencia por 4 semanas.

Prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot:

En este procedimiento se realiza una cirugía laparoscópica por el abdomen pero los instrumentos son controlados por un brazo robótico llamado Da Vinci que permite que el cirujano estar sentado en una consola cercana al paciente y bajo visión en tercera dimensión se pueda hacer la intervención controlando el cirujano los brazos e instrumentos. Este procedimiento El tiempo de hospitalización es de 1 a 2 días habitualmente y el tiempo de sonda entre 5 a 7

días. La convalecencia se reduce a aproximadamente 2 semanas. Múltiples estudios han demostrado disminución en sangrado comparado con la cirugía convencional abierta, Disminución en la tasa de transfusiones, menor estancia hospitalaria, menor tiempo de recuperación y reintegro a actividades habituales, menores complicaciones mayores así como menor riesgo de estrechez uretral.[4] Algunos estudios recientes demuestran una tendencia hacia mejores resultados de control de enfermedad así como mas rápida recuperación de continencia urinaria y de función sexual.[5 6 7]



incisión de la cirugía robótica

Robot DaVinci

Existe en Colombia la cirugía con robot?

Desde hace mas de 2 años, el departamento de Urología de la Fundación Santa Fe de Bogotá cuenta con el equipo de cirugía robótica mas moderno del país y un grupo de especialistas entrenados en practicar el procedimiento teniendo en este tiempo el numero de casos exitosos mas alto del país. El grupo de urología robótica de la Fundación Santa Fe reúne la experiencia, la innovación pero también las métricas en cuanto a efectividad del procedimiento así como los mejores desenlaces en cuanto a seguridad del paciente se refiere.

Si no tengo seguro médico, como puedo ser intervenido con Robot?

La cirugía robótica en el mundo tiene unos costos que hemos logrado minimizar para permitir el acceso cada vez mayor a esta tecnología. Una vez se ha tomado la decisión de intervención es importante determinar los costos adicionales de la cirugía robótica. En el departamento de Urología de la Fundación así como en la oficina de convenios, se puede hacer una cotización aproximada del procedimiento y adicionalmente explorar la posibilidad de financiación para lograrlo.

Cuento con seguro médico pero no se si cubre la cirugía robótica

Es muy importante entonces que su médico genere las autorizaciones para la cirugía robótica y en el seguro se tomará la decisión de cobertura de la misma. Alguna empresas cubren completamente el procedimiento. Otras cubren el componente de cirugía radical laparoscópica y el paciente asume los costos adicionales de la intervención usando el robot.

¿Qué puedo esperar después de la cirugía?

Usted puede esperar a permanecer en el hospital durante 1 a 5 días después de cirugía dependiendo del abordaje escogido. Se le mandará a casa con un catéter o sonda. Este será retirado por su médico en su primera visita al consultorio. Importante recordar que en ese momento casi todos los pacientes tendrán escape de orina y se requiere usar un protector o pad. Es probable que el resultado definitivo de patología ya esté disponible y pueda ser discutido para determinar los controles futuros o necesidad de tratamiento complementario.

Al mes de intervención debe regresar con el resultado de un examen de orina y al tercer mes de la operación debe practicarse el primer examen de antígeno prostático de control cuyo valor debe ser cercano a cero. Posteriormente se requieren controles de Antígeno prostático cada 3 meses y visitas al urólogo.

¿Qué es la Radioterapia?

La radioterapia utiliza un equipo especial para enviar altas dosis de radiación hacia las células cancerosas. El objetivo del tratamiento con radiación es atacar

a las células cancerosas, ocasionando el menor daño posible a las células sanas adyacentes.

Hay dos formas de dar radioterapia. La radioterapia externa y la braquiterapia tanto de alta y de baja tasa.

La radioterapia externa consiste en la irradiación desde una fuente fuera del cuerpo. Usualmente requiere de la administración fraccionada de la radiación por lo cual el paciente debe asistir para esta terapia entre 20 y 40 días. No requiere de anestesia.

En algunos casos se realiza la colocación de semillas dentro de la próstata lo que se conoce como Braquiterapia de baja tasa y en otros casos se utiliza dosis de braquiterapia única llamada de alta tasa. Esto depende del centro sin embargo los resultados son muy similares. Esta última requiere anestesia general Usualmente se realizan dos aplicaciones que pueden darse con una semana o con un día de diferencia según el paciente. Requiere de anestesia regional usualmente. La primera tiene como desventaja la posible migración de las semillas.

Que complicaciones tiene la radioterapia?

Este procedimiento tiene complicaciones como cistitis (aumento de la frecuencia urinaria, ardor al orinar), proctitis (lo anterior pero con la deposición) y con menos frecuencia, lesiones en piel. También pueden presentarse sangrados rectales y urinarios en un numero reducido de pacientes. A largo plazo la función de la vejiga y la función sexual se puede ver comprometida. Aunque con los avances recientes de la radio y braquiterapia se han disminuido las complicaciones ya que se puede calcular la dosis administrada evitado el compromiso de los órganos vecinos, además de las complicaciones ya descritas, puede presentarse incontinencia en menos del 10% de los pacientes y la disfunción eréctil entre el 20 y 50% de los pacientes.

Su principal desventaja es que el seguimiento es difícil ya que al no extraerse la próstata, quedan algunas células que están en capacidad de producir PSA, por lo cual no es fácil determinar si el nivel de este último se debe a tejido normal o a persistencia del tumor.

Que opción debo escoger?

Existen sitios web que permiten determinar las tasas de éxito con radioterapia o cirugía dependiendo de la edad del paciente y el tipo de tumor. Sin embargo se deben tener en cuenta también las secuelas con cada uno de ellos. La discusión con el urólogo es fundamental en la toma de decisiones y una adecuada balanza de riesgos y beneficios permite optar por la mejor opción. Existen ayudas en internet que permiten predecir el resultado del tratamiento del cáncer de próstata en cada caso en particular.

Estas es alguna de ellas

https://www.mskcc.org/nomograms/prostate

Este link también es útil como información sobre el cáncer de la próstata y sus opciones

http://consultaurologica.com/index.php?id=24

Para información adicional puede comunicarse a los tels. (571) 6125609 o 6298197 donde podrá agendar una cita y ampliar información sobre esta patología y sus opciones de tratamiento.

Mauricio Plata MD,MSC,FACS

---

[1] Andriole GL, Grubb 3rd RL, Buys SS, et al. Mortality results from a randomzed prostate-cancer screening trial. N Engl J Med 2009;360(13): 1310–19.

[2] Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, et al. Measurement of prostate-specific antigen in serum as a screening test for prostate cancer. N Engl J Med 1991;324(17):1156–61.

[3] Rud E, Baco E, Klotz D, Rennesund K, Svindland A, Berge V, Lundeby E, WesselN, Hoff JR, Berg RE, Diep L, Eggesbø HB, Eri LM. Does preoperative magneticresonance imaging reduce the rate of positive surgical margins at radicalprostatectomy in a randomised clinical trial? Eur Urol. 2015 Sep;68(3):487-96.

[4] Beauval JB, Roumiguié M, Ouali M, Doumerc N, Thoulouzan M, Mazerolles C,Rischmann P, Malavaud B, Soulié M. [A prospective trial comparing consecutiveseries of open retropubic and robot-assisted laparoscopic radical prostatectomyin a centre: Oncologic and functional outcomes]. Prog Urol. 2015 Jun;25(7):370-8.

[5] Ficarra V, Novara G, Artibani W, et al. Retropubic, laparoscopic, and robot- assisted radical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies. Eur Urol 2009;55:1037–63.

[6] Yaxley JW, Coughlin GD, Chambers SK, Occhipinti S, Samaratunga H, ZajdlewiczL, Dunglison N, Carter R, Williams S, Payton DJ, Perry-Keene J, Lavin MF,Gardiner RA. Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radicalretropubic prostatectomy: early outcomes from a randomised controlled phase 3study. Lancet. 2016 Sep 10;388(10049):1057-66

[7] Pan XW, Cui XM, Teng JF, Zhang DX, Wang ZJ, Qu FJ, Gao Y, Cui XG, Xu DF.Robot-Assisted Radical Prostatectomy vs. Open Retropubic Radical Prostatectomyfor Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. Indian J Surg. 201Dec;77(Suppl 3):1326-33. doi: 10.1007/s12262-014-1170-y. Epub 2014 Sep 24