

EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2000. IV TRATAMIENTO(*)

F. HERRANZ AMO¹, F. ARIAS FUNEZ², M. ARRIZABALAGA MORENO³,
F.J. CALAHORRA FERNÁNDEZ⁴, J. CARBALLIDO RODRÍGUEZ⁵, R. DIZ RODRÍGUEZ⁶,
J.A. HERRERO PAYO⁷, C. LLORENTE ABARCA⁸, J.C. MARTÍN MARTÍNEZ⁹,
L. MARTÍNEZ-PIÑEIRO LORENZO¹⁰, R. MÍNGUEZ MARTÍNEZ¹¹, J. MORENO SIERRA¹²,
A. RODRÍGUEZ ANTOLÍN¹³, J.C. TAMAYO RUÍZ¹⁴, J. TURO ANTONA¹⁵

¹H.G.U. Gregorio Marañón. ²H. Ramón y Cajal. ³H. de Móstoles. ⁴Fundación Jiménez Díaz. ⁵H. Puerta de Hierro. ⁶H. del Aire. ⁷H. Severo Ochoa. ⁸H. Fundación de Alcorcón. ⁹H. El Escorial. ¹⁰H. de La Paz. ¹¹H. de La Princesa. ¹²H. Clínico. ¹³H. 12 de Octubre. ¹⁴H. Príncipe de Asturias y ¹⁵H. Militar Gómez Ulla. Madrid.

Actas Urol Esp. 27 (6): 418-427, 2003

RESUMEN

EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2000. IV - TRATAMIENTO

OBJETIVO: Conocer el tratamiento aplicado en los pacientes con cáncer de próstata diagnosticados en la Comunidad de Madrid en el año 2000.

MATERIAL Y MÉTODO: El estudio se realizó sobre los 1.745 pacientes remitidos por los Hospitales participantes en el estudio. En 1.104 (63%) de los casos existían datos sobre el tratamiento aplicado. Se comparó la modalidad de tratamiento con el estadio clínico y la edad de los pacientes.

RESULTADOS: El tratamiento más utilizado fue la hormonoterapia (35%) seguido de la prostatectomía radical (34%) y la radioterapia (25%). En los pacientes con enfermedad localizada la prostatectomía fue el tratamiento más utilizado (42,3%) y la hormonoterapia cuando la enfermedad estaba localmente avanzada (45,6%) o diseminada (94%). Existen diferencias importantes en la indicación terapéutica entre las distintas Áreas Sanitarias participantes. La mediana de edad de los pacientes con enfermedad localizada y localmente avanzada fue más baja en los tratados con prostatectomía (65 y 64 años respectivamente) que los tratados mediante radioterapia (70 y 69 años respectivamente).

CONCLUSIONES: El tratamiento indicado por los Urólogos de la Comunidad de Madrid en los pacientes con cáncer de próstata cumple, en líneas generales, las recomendaciones de la literatura.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de próstata. Tratamiento. Prostatectomía. Radioterapia. Hormonoterapia.

ABSTRACT

PROSTATE CANCER IN THE AUTONOMOUS COMMUNITY OF MADRID IN 2000. IV.- MANAGEMENT

OBJECTIVE: To know the therapeutic options used in patients diagnosed with prostate cancer in the Autonomous Community of Madrid in 2000.

MATERIAL AND METHODS: The study was conducted on 1,745 patients referred by hospitals taking part in the study. Data on treatment used was available for 1,104 (63%) patients. Treatment modality was correlated to clinical stage and patient age.

RESULTS: Most frequent choice was hormone therapy (35%) followed by radical prostatectomy (34%) and radiotherapy (25%). Prostatectomy was most commonly used in patients with localised (42.3%) disease while hormone therapy was preferred for locally advanced (45.6%) or disseminated (94%) disease. There are significant differences in therapeutic indications between the various Health areas participating in the survey. Median age of patients with localised and locally advanced disease was lower in patients managed with prostatectomy (65 and 64 years, respectively) than in those managed with radiotherapy (70 and 69 years, respectively).

CONCLUSION: The therapeutic modality indicated by urologists in the Madrid Autonomous Community for managing patients with prostate cancer generally meets with literature recommendations.

KEY WORDS: Prostate cancer. Management. Prostatectomy. Radiotherapy. Hormone therapy.

(*) Este artículo forma parte del estudio "El cáncer de próstata en la Comunidad de Madrid en el año 2000" auspiciado por la Sociedad Urológica Madrileña y financiado por AstraZéneca.

El diagnóstico de los pacientes con cáncer de próstata (CP) generalmente a una edad avanzada (mediana de 70 años) y la progresión lenta de la enfermedad con una fase presintomática muy larga, van a ser determinantes en el diseño de la estrategia terapéutica. Por lo tanto, en el algoritmo terapéutico, además de las características propias del tumor (PSA, score y estadio), habrá que incluir la expectativa de vida del paciente que se calculará basándose en la edad cronológica y en la existencia de patología asociada¹.

Los prostatectomía, la radioterapia y la actitud expectante (observación) son los tratamientos aceptados para el cáncer de próstata localizados². En la conferencia de consenso del National Cancer Institute de 1987³, se llegó a la conclusión de que: "la prostatectomía radical y la radioterapia son formas de tratamiento claramente eficaces en los esfuerzos del médico para curar los tumores limitados a la próstata en los pacientes adecuadamente seleccionados". El estudio PIVOT (Prostate cancer Intervention Versus Observation Trial)⁴, actualmente en curso, compara la prostatectomía radical y la observación en los pacientes con CP localizado. Hasta el año 2.009 no estarán los resultados definitivos y, por lo tanto, hasta entonces no sabremos si la prostatectomía aumenta la supervivencia de los pacientes con cáncer de próstata localizado.

En este artículo analizamos como se trataron los pacientes con cáncer de próstata diagnosticados en la Comunidad de Madrid en el año 2000.

MATERIAL Y MÉTODO

El ámbito del estudio y la metodología es la misma que la descrita en el artículo anterior: "El cáncer de próstata en la Comunidad de Madrid en el año 2000. I - Incidencia".

El objetivo del artículo es conocer el tratamiento aplicado a los pacientes con CP y su relación con otras variables como estadio, edad y Área sanitaria.

El estudio se realizó sobre los 1.745 pacientes remitidos por los Hospitales participantes en el estudio. En 1.104 (63%) de los casos existían datos sobre el tratamiento aplicado. Se comparó la modalidad de tratamiento con el estadio clínico y la edad de los pacientes.

Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes del total de las mismas. Las variables cuantitativas se expresaron mediante la media, la desviación típica, los valores máximo y mínimo y los percentiles 25%, 50% (mediana) y 75%.

RESULTADOS

De los 1.104 pacientes evaluables el 35% fue tratado mediante manipulación hormonal (el 88% mediante bloqueo completo, el 9% con un análogo de la LH-RH, el 2% con un antiandrógeno, el 1% mediante orquiectomía y el 0,3% con bloqueo intermitente), el 34% fue sometido a prostatectomía radical, el 25% a radioterapia, el 0,2% con braquiterapia y en el 5% restante se decidió abstención terapéutica. La prostatectomía radical fue el tratamiento más utilizado en las Áreas 3 (51%), 4 (47%) y 12 (41%) y Hospitales Militares (42%), la radioterapia lo fue en el Área 2 (55%) y la manipulación hormonal en las áreas 1 (36%), 6 (37%) y 7 (62%). La relación pormenorizada por Áreas Sanitarias se detalla en la Tabla I. En los pacientes con manipulación hormonal, el bloqueo completo fue la modalidad más utilizada (34%-96% de los casos), excepto en el Área 8 donde el tratamiento exclusivamente con análogo de la LH-RH fue el más frecuente (66%). El resto de las modalidades de manipulación hormonal fueron anecdóticas (Tabla II).

Al estratificar según el estadio tumoral (1.101 pacientes evaluables) la prostatectomía fue el tratamiento más utilizado en los pacientes con enfermedad localizada (42,3%) y la hormonoterapia en los pacientes en los pacientes con enfermedad localmente avanzada (45,6%) y metastásica (94%) (Tabla III). La prostatectomía fue el tratamiento más utilizado en los pacientes con enfermedad localizada en las Áreas 3 (63,9%), 4 (51,5%), 8 (58,2%), 9 (51,2%), 12 (40%) y en los Hospitales Militares (42,9%). En la enfermedad localmente avanzada la hormonoterapia fue el tratamiento más utilizado en las Áreas 1 (55%), 4 (83,3%), 6 (66,7%), 7 (64%), 9 (40%) y 12 (66,7%). En la enfermedad metastásica la manipulación hormonal fue el tratamiento más utilizado, entre el 78,6% y el 100% (Tabla IV).

Al relacionar la edad, el estadio tumoral y el tratamiento indicado (1.099 pacientes evalua-

TABLA I

TRATAMIENTO SEGÚN LAS DISTINTAS ÁREAS SANITARIAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2000, EL PORCENTAJE SE EXPRESA ENTRE PARÉNTESIS (FALTAN LAS ÁREAS 5 Y 11 QUE NO APORTARON DATOS Y EL ÁREA 10 QUE NO PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO)

	N	PE	HT	PR	RT	BT	AT
A1	228	210 (92%)	75 (36%)	57 (27%)	69 (33%)	-	9 (4%)
A2	88	88 (100%)	28 (32%)	12 (14%)	48 (55%)	-	-
A3	81	77 (95%)	23 (30%)	39 (51%)	4 (5%)	-	11 (14%)
A4	304	226 (74%)	71 (31%)	106 (47%)	44 (19%)	1 (0,4%)	4 (2%)
A6	84	84 (100%)	31 (37%)	19 (23%)	19 (23%)	-	2 (2%)
A7	142	127 (89%)	79 (62%)	13 (10%)	26 (20%)	1 (0,8%)	8 (6%)
A8	144	131 (91%)	32 (24%)	62 (47%)	62 (47%)	-	12 (9%)
A9	75	71 (95%)	19 (27%)	26 (37%)	20 (31%)	-	6 (8%)
A12	70	54 (77%)	21 (39%)	22 (41%)	4 (7%)	-	7 (13%)
HM	46	36 (78%)	12 (33%)	15 (42%)	9 (25%)	-	-

N: número de casos; PE: pacientes evaluables; HM: Hospitales Militares; HT: hormonoterapia; PR: prostatectomía radical; RT: radioterapia; BT: braquiterapia; AT: abstención terapéutica.

TABLA II

MODALIDAD DE TRATAMIENTO HORMONAL SEGÚN LAS DISTINTAS ÁREAS SANITARIAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2000, EL PORCENTAJE SE EXPRESA ENTRE PARÉNTESIS (FALTAN LAS ÁREAS 5 Y 11 QUE NO APORTARON DATOS Y EL ÁREA 10 QUE NO PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO)

	PE	LH-RH+AA.	AA.	LH-RH	Orquiectomía	B.I.
A1	75	65 (87%)	5 (7%)	4 (5%)	1 (1%)	-
A2	28	23 (82%)	1 (4%)	4 (14%)	-	-
A3	23	22 (96%)	-	-	1 (4%)	-
A4	71	68 (96%)	-	-	1 (1%)	-
A6	31	28 (90%)	1 (3%)	2 (7%)	-	-
A7	79	77 (97%)	-	-	1 (1%)	1 (1%)
A8	32	11 (34%)	-	21 (66%)	-	-
A9	19	18 (95%)	1 (5%)	-	-	-
A12	21	19 (90%)	1 (5%)	1 (5%)	-	-
HM	12	11 (92%)	-	1 (8%)	-	-

PE: pacientes evaluables; LH-RH: análogo de la LH-RH; AA: antiandrógeno; LH-RH+AA: análogo más antiandrógeno; B.I.: bloqueo intermitente; HM: Hospitales Militares.

TABLA III

RELACIÓN ENTRE EL ESTADIO TUMORAL Y EL TRATAMIENTO INDICADO EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2000

Tratamiento	E. localizada (%)	E. localmente avanzada (%)	E. metastática (%)
Abstención	54 (6,5%)	3 (2,2%)	1 (0,7%)
Prostatectomía	349 (42,3%)	21 (15,2%)	1 (0,7%)
Radioterapia	224 (27%)	51 (37%)	6 (4,4%)
Braquiterapia	2 (0,2%)	-	-
Hormonoterapia	197 (23,8%)	63 (45,6%)	129 (94%)
Total	826 (100%)	138 (100%)	137 (100%)

TABLA IV

RELACIÓN ENTRE EL ESTADIO TUMORAL Y EL TRATAMIENTO INDICADO EN LAS DISTINTAS ÁREAS SANITARIAS EN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DIAGNOSTICADOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2000

Área	N	PE	Tratamiento	E. localizada	E. avanzada	E. metastásica
A1	228	217 (95%)	Abstención	8 (4,8%)		1 (3,4%)
			Prostatectomía	56 (33,3%)	1 (5%)	
			Radioterapia	61 (36,3%)	8 (40%)	
			Hormonoterapia	37 (22%)	11 (55%)	27 (93,1%)
			Desconocido	6 (3,6%)		1 (3,4%)
A2	88	88 (100%)	Prostatectomía	12 (24,5%)		
			Radioterapia	30 (61,2%)	16 (57,1%)	2 (18,2%)
			Hormonoterapia	7 (14,3%)	12 (42,9%)	9 (81,8%)
A3	81	77 (95%)	Abstención	11 (18%)		
			Prostatectomía	39 (63,9%)		
			Radioterapia	1 (1,6%)	3 (50%)	
			Hormonoterapia	10 (16,4%)	3 (50%)	10 (100%)
A4	304	227 (75%)	Abstención	4 (1,9%)		
			Prostatectomía	106 (51,5%)		
			Radioterapia	42 (20,4%)	1 (16,7%)	1 (6,7%)
			Braquiterapia	1 (0,5%)		
			Hormonoterapia	52 (25,2%)	5 (83,3%)	14 (93,3%)
			Desconocido	1 (0,5%)		
A6	84	84 (100%)	Abstención	2 (3%)		
			Prostatectomía	18 (26,9%)	1 (33,3%)	
			Radioterapia	29 (43,3%)		3 (21,4%)
			Hormonoterapia	18 (26,9%)	2 (66,7%)	11 (78,6%)
A7	142	132 (93%)	Abstención	7 (7,8%)		
			Prostatectomía	13 (14,4%)		
			Radioterapia	17 (18,9%)	9 (36%)	
			Braquiterapia	1 (1,1%)		
			Hormonoterapia	48 (53,3%)	16 (64%)	15 (88,2%)
			Desconocido	4 (4,4%)		2 (11,8%)
A8	144	133 (92%)	Abstención	10 (12,7%)	2 (5,9%)	
			Prostatectomía	46 (58,2%)	15 (44,1%)	1 (5%)
			Radioterapia	15 (19%)	10 (29,4%)	
			Hormonoterapia	6 (7,6%)	7 (20,6%)	19 (95%)
			Desconocido	2 (2,5%)		
A9	58	56 (97%)	Abstención	5 (9,4%)	1 (14,3%)	
			Prostatectomía	25 (47,2%)	1 (14,3%)	
			Radioterapia	18 (34,0%)	2 (28,6%)	
			Hormonoterapia	2(3,8%)	3 (42,8%)	13 (100%)
			Desconocido	3 (5,7%)		
A12	70	65 (93%)	Abstención	7 (12,7%)		
			Prostatectomía	22 (40%)		
			Radioterapia	3 (5,5%)	1 (16,7%)	
			Hormonoterapia	13 (23,6%)	4 (66,7%)	4 (100%)
			Desconocido	10 (18,2%)	1 (16,7%)	
HM	46	39 (85%)	Prostatectomía	12 (42,9%)	3 (75%)	
			Radioterapia	8 (28,6%)	1 (25%)	
			Hormonoterapia	4 (14,3%)		7 (100%)
			Desconocido	4 (14,3%)		

N: número de casos; PE: pacientes evaluables; HM: Hospitales Militares.

bles), observamos que los pacientes más jóvenes con enfermedad localizada son tratados mediante prostatectomía (mediana de 65 años) o radioterapia (mediana de 70 años), mientras que los de más edad se trataron mediante abstención terapéutica (mediana de 74 años) o manipulación

hormonal (mediana de 76 años). Lo mismo sucedió en los pacientes con enfermedad localmente avanzada, mediana de edad de 64, 69, 84 y 75 respectivamente (Tabla V). Al estratificar por Áreas se mantiene la misma tendencia de tratamiento (Tabla VI).

TABLA V

RELACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO APLICADO, EL ESTADIO TUMORAL Y LA EDAD DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DIAGNOSTICADOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2000

Estadio tumoral	Tratamiento	PE	Media	DS	Mediana	Min - Máx.
Enfermedad localizada	Abstención	54	73	8,1	74	47-87
	Prostatectomía	349	64	5,7	65	40-78
	Radioterapia	223	70	5,6	70	49-81
	Braquiterapia	2	77	12	77,5	69-86
	Hormonoterapia	197	76	6,6	76	53-94
Enfermedad localmente avanzada	Abstención	3	83	2,6	84	80-85
	Prostatectomía	21	63	5,4	64	53-71
	Radioterapia	50	68	6,1	69	53-79
	Hormonoterapia	63	74	6	75	59-86
Enfermedad metastática	Abstención	1	76	-	-	-
	Prostatectomía	1	68	-	-	-
	Radioterapia	6	65	11	65,5	52-82
	Hormonoterapia	129	72	7,6	72	49-91a

PE: pacientes evaluables; DS: desviación estándar; Min-Máx: edad mínima y edad máxima.

TABLA VI

TRATAMIENTO APLICADO EN FUNCIÓN DEL ÁREA SANITARIA, EL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD Y LA EDAD DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2.000 (FALTAN LAS ÁREAS 5 Y 11 QUE NO APORTARON DATOS Y EL ÁREA 10 QUE NO PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO)

Área	Estadio	Tratamiento	PE	Media	DS	Mediana	Min-Máx.
A1	Enfermedad localizada	Abstención	8	71	10,3	69,5	56-86
		Prostatectomía	56	64	5,4	65	49-75
		Radioterapia	61	68	5	69	53-79
		Hormonoterapia	37	76	4,8	76	63-87
	Enfermedad localmente avanzada	Prostatectomía	1	67	-	-	-
		Radioterapia	8	71	6,2	71	59-79
		Hormonoterapia	11	74	5,8	74	62-84
	Enfermedad metastática	Abstención	1	76	-	-	-
		Hormonoterapia	27	71	6,3	72	57-80
	A2	Enfermedad localizada	Prostatectomía	12	63,5	4,3	64,5
Radioterapia			30	70	5,6	70	52-79
Hormonoterapia			7	76	2,9	76	72-80
Enfermedad localmente avanzada		Radioterapia	16	67	6,6	67,5	57-76
		Hormonoterapia	12	72	5,8	72,5	61-81
Enfermedad metastática		Radioterapia	2	65,5	2,1	65,5	64-67
		Hormonoterapia	9	70	5	69	60-77
		Hormonoterapia	10	70	10,4	71	51-83
A3	Enfermedad localizada	Abstención	11	78	3,9	78	70-84
		Prostatectomía	39	63	5,4	64	49-74
		Radioterapia	1	75	-	-	-
		Hormonoterapia	10	78	8,8	79	60-87
	Enfermedad localmente avanzada	Radioterapia	3	70	3,2	69	68-74
		Hormonoterapia	3	79	2,7	78	77-82
	Enfermedad metastática	Hormonoterapia	10	70	10,4	71	51-83

TABLA VI (Continuación)

TRATAMIENTO APLICADO EN FUNCIÓN DEL ÁREA SANITARIA, EL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD Y LA EDAD DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2.000 (FALTAN LAS ÁREAS 5 Y 11 QUE NO APORTARON DATOS Y EL ÁREA 10 QUE NO PARTICIPÓ EN EL ESTUDIO)

Área	Estadio	Tratamiento	PE	Media	DS	Mediana	Min-Máx.	
A4	Enfermedad localizada	Abstención	4	73,5	12,6	75	57-87	
		Prostatectomía	106	64	6,2	66	40-78	
		Radioterapia	42	71	5,6	71	57-79	
		Braquiterapia	1	86	-	-	-	
		Hormonoterapia	52	75	7,7	76	57-89	
	Enfermedad localmente avanzada	Radioterapia	1	71	-	-	-	
		Hormonoterapia	5	73	10	72	59-86	
	Enfermedad metastática	Radioterapia	1	82	-	-	-	
		Hormonoterapia	14	78,5	7,3	78	68-91	
	A6	Enfermedad localizada	Abstención	2	73	4,2	73	70-76
Prostatectomía			18	61	6,9	63	50-72	
Radioterapia			29	70	5,8	70	53-81	
Hormonoterapia			18	75	9,3	77	53-88	
Enfermedad localmente avanzada		Prostatectomía	1	66	-	-	-	
		Hormonoterapia	2	78,5	7,8	78,5	73-84	
Enfermedad metastática		Radioterapia	3	58	9,3	54	52-69	
		Hormonoterapia	11	73	6,4	73	61-81	
A7		Enfermedad localizada	Abstención	7	69	5	69	60-76
			Prostatectomía	13	63	5	64	55-70
	Radioterapia		17	66	6,7	68	49-75	
	Braquiterapia		1	69	-	-	-	
	Hormonoterapia		48	76	5,3	75,5	64-89	
	Enfermedad localmente avanzada	Radioterapia	8	66	6,6	67,5	53-71	
		Hormonoterapia	16	74	4,5	73,5	64-81	
	Enfermedad metastática	Hormonoterapia	15	72	7,3	71	56-82	
		Hormonoterapia	15	72	7,3	71	56-82	
	A8	Enfermedad localizada	Abstención	10	76,5	5,6	78	64-84
Prostatectomía			46	65	5	66,5	53-72	
Radioterapia			15	70	5,9	72	54-77	
Hormonoterapia			6	78	2,2	77,5	75-81	
Enfermedad localmente avanzada		Abstención	2	82	2,8	82	80-84	
		Prostatectomía	15	62	5,8	63	53-71	
		Radioterapia	10	69	6	68,5	59-79	
		Hormonoterapia	7	80	2,6	80	77-84	
Enfermedad metastática		Prostatectomía	1	68	-	-	-	
		Hormonoterapia	19	73	5,7	74	64-85	
A9	Enfermedad localizada	Abstención	5	62	10,2	65	47-72	
		Prostatectomía	25	61	4,8	61	53-70	
		Radioterapia	18	70	4,9	70	58-78	
		Hormonoterapia	2	80	5,7	80	76-84	
	Enfermedad localmente avanzada	Abstención	1	85	-	-	-	
		Prostatectomía	1	60	-	-	-	
		Radioterapia	2	65	2,1	65	63-66	
	Enfermedad metastática	Hormonoterapia	3	75	5,6	76	69-80	
		Hormonoterapia	13	66	9,0	64	49-82	
	A12	Enfermedad localizada	Abstención	7	73	4,8	72	66-81
Prostatectomía			22	66	3,6	67	60-71	
Radioterapia			3	68	1,5	68	67-70	
Hormonoterapia			13	71	3,9	72	63-76	
Enfermedad localmente avanzada		Radioterapia	1	68	-	-	-	
		Hormonoterapia	4	68	5,5	67	63-76	
Enfermedad metastática		Hormonoterapia	4	70	2,9	70,5	66-73	
HM	Enfermedad localizada	Prostatectomía	12	64,5	7,3	64	51-75	
		Radioterapia	7	75	2,8	74	73-81	
		Hormonal	4	80	10,2	77,5	72-94	
	Enfermedad localmente avanzada	Prostatectomía	3	64	5,9	66	57-68	
		Radioterapia	1	73	-	-	-	
	Enfermedad metastática	Hormonoterapia	7	73	7	76	60-81	

PE: pacientes evaluables; DS: desviación estándar; Min-Máx.: edad mínima y máxima; HM: Hospitales Militares.

No parece existir relación entre las Áreas sanitarias que tienen Unidades de Radioterapia (fuente: Comunidad de Madrid. Catálogo de Hospitales. <http://www.comadrid.es>) y el porcentaje de pacientes tratados con esta modalidad terapéutica. Las Áreas con Unidades de Radioterapia trataron con irradiación al 19%-55% de sus pacientes, mientras que las Áreas sin dicha tecnología lo indicaron en el 5%-47% de los casos (Tabla VII).

TABLA VII

RELACIÓN ENTRE LAS ÁREAS SANITARIAS CON UNIDADES DE RADIOTERAPIA Y EL PORCENTAJE DE PACIENTES TRATADOS CON ESTA MODALIDAD TERAPÉUTICA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2000

	Área Sanitaria	% de pacientes tratados con Radioterapia
Unidad de Radioterapia	A1	33%
	A2	55%
	A4	19%
	A6	23%
	HM	25%
No Unidad de Radioterapia	A3	5%
	A7	20%
	A8	47%
	A9	31%
	A12	7%

HM: Hospitales Militares.

Debido a que la recogida de datos fue retrospectiva, no fue posible cuantificar la gravedad de la patología asociada. El 58% de los pacientes con enfermedad localizada tratados con prostatectomía presentaban algún tipo de patología asociada, frente al 71% de los sujetos tratados mediante radioterapia.

DISCUSIÓN

Aunque en el siglo XIX ya se realizaron algunos intentos quirúrgicos para tratar el cáncer de próstata, no fue hasta que Young en 1905 desarrolló su técnica de prostatectomía radical perineal cuando se empezó a pensar en la posibilidad de curar dicha enfermedad. En 1909 Minet irradió la próstata con radium a través de un catéter

uretral, comunicando Pasteau en 1913 supervivencias a los 3 años. En 1941 Huggins y Hodges comunican la eficacia de la supresión androgénica en el tratamiento del cáncer de próstata⁵. A pesar de que llevamos cerca de 100 años tratando el cáncer de próstata con diversas modalidades terapéuticas, todavía no hemos llegado a un acuerdo sobre cuál es el tratamiento más efectivo para cada paciente. Esto ha dado lugar a que varias Sociedades científicas publiquen sus recomendaciones en cuanto al manejo de esta patología.

En 1995 la American Urological Association (AUA) convocó un panel de expertos con el objetivo de revisar la literatura existente sobre el tratamiento del cáncer de próstata localizado y emitir una guía de práctica clínica para el manejo de la enfermedad localizada². El panel concluyó que los datos encontrados eran inadecuados para realizar comparaciones válidas de las distintas modalidades de tratamiento. A pesar de ello efectuó unas recomendaciones: 1) En cada paciente se debe de valorar la expectativa de vida (no se especificó ningún punto de corte cronológico), el nivel de salud, el grado histológico y el estadio tumoral; 2) Se le debe de dar información de los beneficios y los riesgos de cómo mínimo la prostatectomía, la radioterapia y la abstención terapéutica, teniendo muy en consideración las preferencias del paciente. Este panel recomendó un tratamiento curativo (prostatectomía o radioterapia) en los pacientes con enfermedad localizada y larga expectativa de vida y, la abstención terapéutica en los casos con expectativa de vida corta o tumor con grado histológico bajo o intermedio.

En 1996 el National Comprehensive Cancer Network (NCCN) publicó su guía de práctica clínica en el cáncer de próstata⁶. En los pacientes T1a recomendaba la abstención excepto cuando la expectativa de vida fuera mayor de 10 años, el score de Gleason > 7 o el PSA post-RTU > 10 ng/ml, que indicaban un tratamiento curativo. Los casos T1b-T2b se estratifican según la probabilidad de enfermedad órgano-confinada (según los nomogramas de Partin) en alta, moderada o baja (Tabla VIII). La NCCN actualizó la guía de práctica clínica en el año 2000⁷. En esta revisión el criterio para estratificar los pacientes con enfermedad localizada fue el riesgo

de recurrencia: muy bajo riesgo (T1-2a + Gleason 2-6 + PSA < 10 ng/ml. + < 5% de tumor en la biopsia), bajo riesgo (T1-2a + Gleason 2-6 + PSA < 10 ng/ml. + ≥ 5% de tumor en la biopsia), riesgo intermedio (T2b o Gleason 7 o PSA 10-20 ng/ml.), alto riesgo (T3a o Gleason 8-10 o PSA > 20 ng/ml.) y muy alto riesgo (T3b-T4)

(Tabla IX). En el año 2001 la European Association of Urology (EAU) publicó una guía de práctica clínica para el tratamiento del cáncer de próstata⁸ (Tabla X). Como puede observarse existe un amplio abanico de posibilidades terapéuticas admitidas en función de las variables pronósticas.

TABLA VIII

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA SEGÚN LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA NCCN DE 1996⁶.

Estadio clínico	Probabilidad de enfermedad órgano-confinada (*)	Expectativa de vida	Tratamiento inicial
	Alta (> 75%)	< 10 años 10-20 años > 20 años	Abstención o RT Abstención o RT RT o PR
T1b-T2b	Moderada (50%-75%)	< 10 años > 10 años	Abstención o RT RT o PR
	Baja (< 50 años)	< 10 años > 10 años	Abstención o RT RT o PR
T3a			HT o RT o RT+HT PR(&)
T3c-T4, N0			HT o RT o RT+HT
Tx, N1-3			HT ± RT o Abstención
Tx, Nx, M1			HT

RT: radioterapia; PR: prostatectomía; HT: hormonoterapia.

(&): si bajo volumen y Gleason < 7

(*): según los nomogramas de Partin.

TABLA IX

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA SEGÚN LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA NCCN DE 2000⁷

Estadio clínico	Riesgo de recidiva	Expectativa de vida	Tratamiento inicial
	Muy bajo	< 20 años > 20 años	Abstención PR o RT
	Bajo	< 10 años 10-20 años > 20 años	Abstención Observación o RT o PR PR o RT
	Intermedio	< 10 años	Abstención o RT o PR
T1-T4	Alto	> 10 años < 5 años > 5 años	PR o RT Abstención o HT HT + RT RT(&) o PR(*)
	Muy alto		HT o RT + HT
Tx, N1-3			HT o RT + HT
Tx, Nx, M1			HT

RT: radioterapia externa o braquiterapia; PR: prostatectomía;

HT: hormonoterapia;

(&): en pacientes seleccionados: T3a con bajo volumen tumoral, Gleason < 7, PSA < 10 ng/ml.

(*): en pacientes con bajo volumen tumoral y próstata móvil.

TABLA XRECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA SEGÚN LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA EAU DE 2001⁸

Estadio clínico	Tratamiento	Comentario
T1a	Observación PR RT HT Combinaciones	Tratamiento estándar en tumor bien o moderadamente diferenciado y EV < 10 años. Opcional en sujeto joven y larga EV, especialmente si tumor pobremente diferenciado. Opcional en sujeto joven y larga EV, especialmente si tumor pobremente diferenciado. No recomendado. No recomendado.
T1b - T2b	Observación PR RT HT Combinaciones	Pacientes asintomáticos con tumor bien o moderadamente diferenciado y EV < 10 años. Pacientes con EV > 10 años. Pacientes con EV > 10 años. Contraindicación para la PR. EV de 5-10 y tumor pobremente diferenciado. Pacientes sintomáticos sin posibilidad de tratamiento curativo. HTN + PR: no mejor que PR; HTN + RT: mejora control local. No probado beneficio en la supervivencia. HT(3 años) + RT: mejor resultados que RT en tumores pobremente diferenciados.
T3 - T4	Observación PR RT HT Combinaciones	Opcional en T3 asintomáticos con tumor bien o moderadamente diferenciado y EV < 10 años. Opcional en pacientes seleccionados: "T3 pequeño", PSA < 20 ng/ml, Gleason < 8 y EV > 10 años. T3(N0) con EV > 5-10 años. Pacientes sintomáticos, gran masa tumoral, PSA > 25 ng/ml. HTN + PR: no mejor que PR; HT(3 años) + RT: mejor resultados que RT.
N+, M0	Observación PR RT HT Combinaciones	Pacientes asintomáticos. No opción estándar. No opción estándar. Tratamiento estándar. No opción estándar.
M+	Observación PR RT HT Combinaciones	No opción estándar. Opción no recomendada. Opción no recomendada con intención curativa. Tratamiento estándar. Opción no recomendada.

PR: prostatectomía; RT: radioterapia; HT: hormonoterapia; EV: expectativa de vida; HTN: hormonoterapia neoadyuvante.

En nuestro estudio la mayoría (69,5%) de los pacientes con enfermedad localizada se trató con intención curativa (prostatectomía o radioterapia), existiendo diferencias importantes según las Áreas sanitarias (34,4% frente a 85,7%). El tratamiento curativo más frecuentemente utilizado fue la prostatectomía (42,3%), existiendo también diferencias importantes entre Áreas (14,4% frente a 63,9%). En los pacientes con enfermedad localmente avanzada la hormonoterapia fue el

tratamiento más utilizado (45,6%), siendo la modalidad terapéutica preferida en todas las Áreas excepto en las Áreas 2, 8 y HM. La hormonoterapia fue el tratamiento masivamente (94%) indicado en los pacientes con enfermedad diseminada.

En conclusión, el tratamiento indicado por los Urólogos de la CM en los pacientes con cáncer de próstata cumple, en líneas generales, las recomendaciones de la literatura.

REFERENCIAS

1. WELCH HG, ALBERTSEN PC, NEASE RF y cols.: Estimating treatment benefits for the elderly: the effect of competing risks. *Ann Intern Med* 1996; **124**: 577-584.
2. MIDDLETON RG, THOMPSON IM, AUSTENFELD MS y cols.: Prostate cancer clinical guidelines panel summary report on the management of clinically localized prostate cancer. *J Urol* 1995; **154**: 2144-2148.
3. LIVINGSTON RB, Members of the Consensus Conference. The management of clinically localized prostate cancer. *JAMA* 1987; **285**: 2727-2730.
4. WILT TJ, BRAWER MK.: The prostate cancer intervention versus observation trial: a randomized trial comparing radical prostatectomy versus expectant management for the treatment of clinically localized prostate cancer. *J Urol* 1994; **152**: 1910-1914.
5. LYTTON B.: Prostate cancer: a brief history and the discovery of hormonal ablation treatment. *J Urol* 2001; **165**: 1859-1862.
6. BAKER LH, HANKS G, GERSHENSON D y cols.: NCCN prostate cancer practice guidelines. *Oncology* 1996; **10 (suppl)**: 265-288.
7. BAKER LH, BAHSON RR, HANKS GE y cols: NCCN practice guidelines for prostate cancer. *Oncology* 2000; **14**: 111-119.
8. AUS G, ABBOU CC, PACIK D y cols.: EAU guidelines on prostate cancer. *Eur Urol* 2001; **40**: 97-101.

Dr. F. Herranz Amo
C/ Doctor Esquerdo, 155^a - 7º 3
28007 Madrid

(Trabajo recibido el 19 noviembre de 2002)