

¿QUE DEBEN SABER EL HOMBRE Y LA MUJER SOBRE LA PRÓSTATA Y EL CÁNCER?

Dr. Fernando Premoli

Este artículo ofrece en lenguaje simple al hombre y sus familiares información actualizada y no deformada sobre la próstata y el cáncer. Su conocimiento los ayudará a enfrentar el diagnóstico y les evitará cometer errores.

Hasta no hace mucho tiempo la próstata era "algo" de lo que poco se hablaba, casi nada se sabía y a veces se la consideraba una enfermedad "secreta" o "avergonzante". En la actualidad, a través de los medios, llegó al conocimiento del gran público y es tema frecuente de conversación y comentarios.

¿Qué es la próstata y qué ocurrió para que se conociera?

Podemos imaginar a la vejiga como un embudo que recibe la orina "fabricada" por los riñones y que se vacía a través de un conducto llamado uretra. Alrededor del cuello de ese embudo, rodeándolo como una "bufanda", se encuentra la próstata. Su forma es parecida a una nuez, al nacer pesa unos pocos gramos y aumenta su tamaño hasta alcanzar a los 20 años alrededor de 18 gramos. Desde esa edad en adelante su crecimiento es más lento y aumenta cerca de 4 gramos cada 10 años. Es así que un hombre saludable de 60 años tiene una próstata con un volumen "promedio normal" de 38 ml. (ó cm³) que aumenta 1.6% por año, equivalente a 0.5 ml. (medio cm³). Este crecimiento, debido a un proceso hormonal, es causado por aumento en el número de células y se conoce como hiperplasia prostática benigna o HPB.

La próstata puede sufrir enfermedades benignas, malignas ó infecciosas. La HPB se encuentra en el 50% de los hombres mayores de 60 años, y en 80% de los de 80 años. A su vez el cáncer histológico (que sólo es el hallazgo de algunas células cancerosas en una biopsia de próstata o en una autopsia y no la enfermedad) se halla entre el 40% y el 50 % en los hombres mayores de 65 años y en más del 60% de los de 85 años. Las infecciones o "prostatitis" son muy comunes, más frecuentes en la época de mayor actividad sexual y la mayoría de las veces asintomática. Se calcula que el 50% de los hombres de 50 años han tenido en su vida algún episodio de prostatitis, las más de las veces desconocido.

Por la ubicación de la próstata todas sus enfermedades pueden comprimir la uretra ó irritar la vejiga provocando síntomas tales como: dificultad o retraso para iniciar la micción, aumento en el número de micciones nocturnas, urgencia miccional y/o goteo al finalizar.

El agrandamiento benigno de la próstata es un proceso muy común y sus síntomas a veces muy molestos.

Hasta hace poco tiempo el único tratamiento posible era el quirúrgico y con ese fin, en USA, en 1988 se realizaron más de 400.000 operaciones. Con posterioridad aparecieron medicamentos destinados a intentar controlar los síntomas y a veces el tamaño de la próstata permitiendo, en muchos casos, evitar o postergar la cirugía. La difusión masiva por lo medios de esta atractiva variante terapéutica llevó a la próstata a mejor conocimiento público.

PRÓSTATA

Con respecto al cáncer de próstata, la utilización de nuevas técnicas diagnósticas ha producido un notable aumento en el número de cánceres diagnosticados colocándolo como foco de atención de la salud del hombre. Esto provocó una notable difusión de la enfermedad, estimulando al hombre y a sus familiares en la búsqueda de un ansiado y supuesto "diagnóstico precoz". La información disponible es en ocasiones incompleta ó distorsionada pudiendo llevar al hombre desprevenido y/o asustado a situaciones difíciles o peligrosas.

Las cifras estadísticas provienen de países europeos y de USA. Los datos de países de habla hispana, excepto España, son en general incompletos.

¿Es frecuente el cáncer de próstata?

En USA durante 40 años, 1945-85, la frecuencia del cáncer de próstata osciló en alrededor de 45 casos cada 100.000 hombres. A partir de 1988 creció violentamente a 102 casos cada 100.000. En 1986 se registraron 70.000 nuevos casos, 167.000 en 1993, 200.000 en 1994, 244.000 en 1995, 300.000 en 1996, 200.000 en 1997, 180.400 en 2000, 198.000 en 2001 y 221.000 en 2002. A su vez en 1999 murieron 31.900 hombres, en 2001 31.500 y en 2003 29.000.

Del total de cánceres diagnosticados en el hombre (pulmón, colon, etc.) 33% son de próstata y solo 13% del total de muertes por cáncer lo son por la próstata. A su vez, de cada 100 hombres con diagnóstico de cáncer de próstata menos de 3% van a morir por causa del cáncer. A propósito conviene destacar, que de los 32.000 muertos en 2002 30% tenían más de 85 años y 50% más de 80 años.

¿A qué se debe este aumento?

El responsable de esta oleada de nuevos cánceres es una substancia presente en la sangre de todos - hombres y mujeres, jóvenes y viejos - denominada antígeno prostático específico (APE) y en inglés PSA (Prostatic Specific Antigen) aislado por primera vez en 1978 y producido casi exclusivamente por la célula prostática ya sea benigna o maligna.

La célula prostática benigna es la que produce más PSA, a razón de 0.03 a 0.05 ng/ml. (nanogramo por mililitro) por gramo de tejido. La célula maligna no produce más PSA que la benigna, sin embargo en el cáncer, el PSA aumenta por que hay muchas más células y el tejido normal se rompe y "filtra" más PSA. Toda lesión provocada por: masajes, sondas, infecciones y otros, aumentan el PSA por el mismo mecanismo. En general en el cáncer los valores de PSA son más altos que en la próstata normal lo que permite usarlo como orientador diagnóstico. Aviso al lector: Un problema aún no resuelto es qué valor es "normal" y cuál el sospechoso de cáncer.

Se toma como límite para el método inmunoradiométrico 4 ng/ml. hallándose más cánceres por arriba que por abajo de esta cifra. Sin embargo entre 4 y 10 ng/ml., 25 a 30 % de los casos no tienen cáncer y por debajo de 4 ng/ml., alrededor de 25 a 30% tienen cáncer. Esto hace que se haya propuesto bajar a 2.5 ng/ml el límite máximo del valor orientador.

PRÓSTATA

Para aumentar la sensibilidad del PSA se lo relaciona con la edad: a mayor edad, cifras "normales" más altas; con el tamaño: por cada mililitro de aumento de volumen el PSA sube 4%. En una próstata de 30 gramos el PSA aumenta 0.04 ng/ml. por cada centímetro cúbico (ml.) de crecimiento. Con la misma finalidad se usan el PSA libre, la densidad del PSA y otros para determinar si un valor por arriba del límite tiene razonables posibilidades de corresponder a un cáncer.

¿Puede el PSA sustituir al Tacto Rectal (TR)?

Hasta el descubrimiento del PSA el método usado para evaluar la próstata era el TR efectuado por un profesional experto. Consiste en el examen de la próstata por medio de un dedo enguantado introducido en el ano del paciente. Pese a la resistencia de algunos hombres fue y sigue siendo indispensable en el examen físico de todo hombre mayor de 50 años con y sin síntomas urinarios, y de cualquier edad con síntomas. Los hallazgos del TR más el PSA aumentan su capacidad para sospechar un cáncer. Un TR normal no excluye la posibilidad de cáncer, pero un TR (realizado por un experto) sospechoso con PSA "normal" sugiere una biopsia.

Condiciones para la realización del PSA

Aviso al lector: Es recomendable efectuar el análisis en un lugar de confianza y con experiencia, como así también no hacerlo después de un TR, una eyaculación o si existe una infección urinaria ya que el resultado puede alterarse. Asimismo es preciso conocer que método se utiliza para su determinación y cuales son sus valores de referencia.

Esta recomendación es sumamente importante ya que en los últimos años se han introducido tecnologías, entre otras, quimioluminiscencia, para la que no se conocen sus valores de referencia. Es así que no pueden utilizarse los valores de la técnica hasta ahora utilizada, Inmuno-Radio-Metrica – IRMA; como referentes porque sus resultado son sensiblemente inferiores a la "nueva" que encuentra valores altos que atemorizan al hombre e inducen a los profesionales a realizar estudios y exámenes innecesarios.

Me hicieron un PSA y dio 5 ó 7 ó ? ng/ml, ¿qué hago?

Esta pregunta es muy común en la práctica diaria. En primer lugar NO asustarse, NO tomar esa cifra como definitiva y NO aceptar ningún otro examen sin conocer todo lo que sigue. Preguntas al lector: ¿Qué edad tiene?, no es lo mismo 5 ng/ml. en una persona de 50 años que en una de 70. ¿El análisis se hizo a raíz de una consulta por síntomas urinarios ó junto con otros como control general de salud?. ¿Fue solicitado por un especialista o lo requirió un profesional general en forma espontánea o inducido por usted?, ¿Se ha hecho este análisis antes?, ¿Cuál fue el resultado?. ¿Le han revisado la próstata recientemente? ¿Toma alguna medicación para la próstata?. ¿Tiene una infección en la orina o en la próstata? Recomendación al lector: Repita el análisis en un laboratorio de confianza. Información útil: el PSA es un análisis que a veces varía por las razones expresadas y otras (las más) por causas desconocidas. Es

PRÓSTATA

fundamental antes de cualquier decisión verificar si efectivamente está elevado. Consejo al lector: Hacer un PSA no es igual a realizar un análisis para determinar el azúcar en la sangre o el colesterol, una cifra dudosa puede desencadenar una serie de procedimientos muchas veces molestos y en ocasiones peligrosos. Por lo tanto, repita siempre el PSA y jamás deje de hacerlo antes de la propuesta de una punción biopsia.

Me dijeron que tengo que hacerme una biopsia de próstata

El diagnóstico oficial de cáncer se hace con el estudio de un trozo de tumor por parte de un especialista llamado patólogo. ¿Qué es una biopsia de próstata y cómo se hace? Consiste en la extracción de trozos de próstata mediante una punción con una aguja especial. Puede hacerse a través del recto y guiada por el dedo del especialista tomando varios trozos (cilindros) de tejido en la zona que el TR señala como sospechosa. Más frecuentemente se efectúa utilizando un ecógrafo transrectal colocando en el recto una especie de sonda (transductor) que visualiza la próstata en una pantalla y guía las punciones. El estudio se hace habitualmente con anestesia local y provoca diversas molestias. Es fundamental la limpieza del intestino con enemas y la administración de antibióticos para disminuir las posibilidades de infección. El procedimiento lleva pocos minutos y generalmente no interrumpe el trabajo habitual del hombre. Posteriormente puede haber ardor al orinar, sangre en orina y semen que dura pocos días. No alarmarse. No debe haber fiebre ni trastornos urinarios que impidan la micción. Si esto ocurre consulte con el profesional que le hizo el estudio.

La parte decisiva de la biopsia corresponde al patólogo quien debe ser un experto. En su informe dirá: si hay o no cáncer, en cuántos trozos de la punción lo encuentra, cuanto de cada trozo está invadido, cómo son sus células, qué tipo y grado (de acuerdo a la clasificación de Gleason de I a V grados) y cómo lo clasifica. Todo esto es imprescindible para confirmar el diagnóstico y permitir que el urólogo, teniendo en cuenta: características del TR, edad, expectativas de vida y salud del hombre sugiera el pronóstico y proponga tratamiento. Para la interpretación del material extraído se necesita un patólogo con vasta experiencia por lo que cada vez es más frecuente la realización de una "segunda opinión patológica" por un experto que revisa las muestras y da su parecer coincidente o no con la primera. Antes de recibir cualquier tratamiento local, quirúrgico o radiante, sin retorno posible resulta obligatoria la segunda opinión que puede hacer variar la propuesta terapéutica.

Me dijeron que mi próstata es benigna pero que mejor me opere para evitar el cáncer

El agrandamiento benigno de la próstata, adenoma de próstata, ó HPB nada tiene que ver con el cáncer. Son enfermedades diferentes y un agrandamiento benigno NO degenera en cáncer. Puede ocurrir que al operar un agrandamiento benigno cuando el patólogo estudia el tejido extraído encuentre en su interior un pequeño cáncer. Esto se llama cáncer incidental o hallazgo ocasional y sucede en menos del 2 a 3 % de las cirugías por HPB y nada tiene que ver que esta. En estos casos habitualmente el pronóstico es muy bueno y generalmente no necesita ningún otro tratamiento. Por lo tanto, si Usted tiene una HPB sin síntomas o con síntomas leves que responden al tratamiento médico no crea que operándose pueda evitar que en el futuro se desarrolle

un cáncer porque si este aparece lo hará en la parte de la próstata que en este tipo de cirugía no se saca ni se debe sacar.

Me dijeron que tengo un cáncer de próstata y que tengo que operarme urgente

El tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata en NINGUNA circunstancia es una urgencia y es frecuente que se presione al hombre con la amenaza que si no lo hace su vida corre peligro inminente. La cirugía para el cáncer es la prostatectomía radical o total que no es la misma que se utiliza en el crecimiento benigno o HPB.

Frente a la opción quirúrgica hay dos preguntas fundamentales: ¿el cáncer que padezco es una enfermedad localizada o sistémica? y, a mi edad, (más o menos 70 años) ¿se justifica hacer un tratamiento de este tipo? o puedo optar por otros que me posibilite una buena sobrevida sin complicaciones evitables. Enfermedad localizada es la que está solo dentro de la próstata y es la única que puede ser curada con tratamientos locales como la cirugía o las diversas formas de radioterapia. Enfermedad sistémica significa que el cáncer ya salió de la próstata aunque sea mínimamente y no se cura con un tratamiento local. Sería lo mismo que a un diabético descompensado se le amputaran un dedo infectado para curar la infección. En USA se efectúan 130.000 prostatectomías radicales anuales y, pese a la tecnología diagnóstica disponible, al estudiar la próstata extirpada el 40% no tiene enfermedad localizada y necesita un tratamiento adicional. La cirugía del cáncer de próstata no es un procedimiento simple ni inocuo y tiene complicaciones como la incontinencia de orina y la impotencia. Por tanto se deberá estar muy seguro del diagnóstico de enfermedad localizada. El orientador más importante es el examen patológico y el grado del cáncer. Si el patólogo encuentra en la biopsia cáncer con grado IV de Gleason es muy probable que la enfermedad NO ESTÉ localizada y los tratamientos locales resulten inútiles. Por el contrario el hallazgo de grados de Gleason muy bajos I y II cuestionan la necesidad de tratamiento quirúrgico oponiéndole la observación o un tratamiento más conservador. Consejo para el lector: No se apure, tómese su tiempo, busque una segunda opinión. La cirugía es un tratamiento definitivo SIN retorno. Incluso, si lo desea, mientras toma su tiempo puede hacer un tratamiento hormonal que va a contener y hacer retroceder la enfermedad antes de su decisión.

Mi Padre murió y tenía un cáncer de próstata. ¿Que debo hacer?

Las siguientes son preguntas fundamentales ¿su Papá murió por el cáncer ó por otra enfermedad y además tenía un cáncer?; ¿a qué edad le apareció el cáncer?, ¿más cerca de los 50 años que de los 70?; ¿alguna otra persona de su familia, tíos, hermanos tienen o han tenido cáncer de próstata? y ¿qué edad tiene Usted?.

El cáncer de próstata hereditario o familiar se halla en alrededor de 10-15% de los casos. Se llama cáncer familiar cuando se encuentra en tres generaciones, abuelo, padre e hijo ó cuando hay padre y hermano/s con cáncer y se diagnosticó alrededor de los 50 años. La edad es importante porque si en su caso existe esta posibilidad conviene investigarlo temprano, incluso antes de los cuarenta años con control periódico y análisis de PSA. Ante cualquier duda una biopsia puede ser útil. Consejo al lector: Si su Papá murió a los 75 años ó más no se haga mucho problema, sus

PRÓSTATA

posibilidades son casi iguales a las de cualquier otro hombre sin antecedentes familiares.

Cómo se trata el cáncer de próstata

Advertencia al lector. Como se dijo más arriba, además de la edad la condición básica para indicar un tratamiento es saber si la enfermedad es localizada ó sistémica y el dato más importante es saber si en la biopsia hay tumor grado IV de Gleason. De ser así existen grandes posibilidades que el cáncer NO sea localizado y NO se beneficie con tratamientos locales.

Tratamiento de la enfermedad localizada

Se trata con cirugía radical, radioterapia, crioterapia y en ocasiones con conducta expectante (watchfull waiting) ó seguimiento activo (active surveillance) dependiendo de: edad y deseo del paciente, expectativa de vida, tipo de tumor y tecnología adecuada. La cirugía ya fue descripta. El tratamiento con rayos requiere: equipamiento de última generación y personal con experiencia. Se utiliza: radioterapia conformada tridimensional que dirige el rayo con precisión al tumor y braquiterapia. En esta última se colocan partículas radioactivas (semillas radioactivas) de acción local dentro de la próstata. En ocasiones se utilizan juntas.

En tumores de bajo grado de malignidad, edad mayor a 65-70 años o negativa del hombre a otra conducta, una opción terapéutica practicada cada vez más frecuentemente es la vigilancia activa (active surveillance) consistente en no efectuar tratamiento y controlar la evolución de la enfermedad con análisis periódicos y eventualmente, más adelante otra biopsias. En caso que con el correr de los años se detecten cambios que indiquen la necesidad de un tratamiento local no hay problema en realizarlo ya que en la gran mayoría de los casos resulta tan efectivo como si se hubiera efectuado en el primer momento. Los resultados y complicaciones de la cirugía y la radioterapia son muy parecidos, por lo que de considerarse indicados, la elección depende de cada caso en particular. Consejo para el lector: Tómese su tiempo y recuerde que lo más importante es saber si la enfermedad es localizada ó sistémica y si por las características del tumor y del paciente no es posible efectuar vigilancia activa.

Tratamiento de la enfermedad sistémica

El cáncer de próstata depende casi exclusivamente de los andrógenos (hormonas masculinas), y de ellos de la testosterona producida por los testículos. El descenso de la testosterona detiene, mejora y hasta hace retroceder el cáncer y sus síntomas. Fue Huggins en 1941 quien asoció la eliminación de la testosterona con la mejoría del cáncer, indicando la castración bilateral y/o la administración de estrógenos (hormona femenina). El tratamiento hormonal se transformó en la mejor opción para el cáncer sistémico, situación que persiste hasta nuestros días. El descenso de la testosterona provoca síntomas generales, pérdida de libido y de erecciones y a veces hinchazón de los pechos. Para descender la testosterona se utilizan diversos medicamentos, algunos

PRÓSTATA

los denominados análogos de LHRH, actúan sobre la hipófisis frenando su estímulo sobre el testículo deteniendo la producción de testosterona y otros, los antiandrógenos que impiden que la testosterona se transforme y actúe. Se administran en forma inyectable o por vía oral. El primer tratamiento hormonal utilizado fueron los estrógenos (hormona femenina), pero las altas dosis usadas y la administración por boca provocaban en algunos casos efectos cardiovasculares por lo que fueron parcialmente dejados de lado. Sin embargo el reciente descubrimiento de su acción directa sobre la célula cancerosa y la comprobación que por otra vía de administración, distinta a la oral, los efectos cardiovasculares disminuyen o se eliminan aconsejan nuevamente su uso. A esto se agrega la enorme diferencia de costos, ya que un tratamiento con estrógenos cuesta menos del 10% que el de un tratamiento con análogos y antiandrógenos, por lo que su uso es muy recomendable. Por otra parte la utilización del tratamiento intermitente alternando períodos con y sin hormonas es una muy buena opción terapéutica. Desde hace 10 años usamos parches de estrógenos transdérmicos como tratamiento en los cánceres de próstata no localizados y en algunos localizados. Los resultados son excelentes, sin efectos cardiovasculares indeseables y con una espectacular reducción en los costos. Por otra parte un trabajo que resume nuestros resultados con estrógenos transdérmicos en los cánceres de próstata avanzados obtuvo el "Premio al mejor aporte al Tema Central" en el Congreso Argentino de Urología 2005.

Consideraciones finales

El propósito de este artículo es aumentar el conocimiento que el hombre y su entorno tienen sobre una enfermedad que genera muchas polémicas. Lo aquí expresado, más el conocimiento que pueda adquirir posteriormente le permitirá efectuar la mejor elección para si mismo y su familia.

Para información y bibliografía sobre este artículo así como para consultas por casos personales dirigirse a:

LALCEC Rosario ó directamente al autor Dr. Fernando Premoli:
fernandopremoli@argentina.com