

TRABAJO ORIGINAL

Etapa de diagnóstico del Cáncer de Próstata ¿Estamos llegando a tiempo?

Prostate cancer stage at diagnosis. Are we running late?

F. Pauchard¹, C. Mülchi¹, M. Comas,¹ N. Calvo¹, A. Gallegos,¹ D. Jara¹, C. Carmona¹, L. Vallejo¹, M. Cifuentes¹, G. Macmillan¹

1.Servicio Urología, Hospital Carlos van Buren. Cátedra Urología. Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile



Autor Corresponsal: F. Pauchard
fpauchard@gmx.net

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata es el segundo cáncer más diagnosticado en hombres en Chile y el mundo. El tamizaje modificó la etapa de diagnóstico, siendo actualmente en EE.UU. un 80 % localizada, 12 % compromiso regional y 4 % metastásico. Tamizaje con APE no está considerado dentro de un programa nacional en Chile. El objetivo de este estudio es caracterizar a la población diagnosticada de cáncer de próstata en un Hospital público en Chile.

MATERIALES Y MÉTODO: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron todas las fichas de los pacientes ingresados al GES por Cáncer de Próstata en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso desde el año 2014 a 2016.

RESULTADOS: Se revisaron 259 fichas y se analizaron 226. Edad promedio fue 70,5 años. 46 % presentó APE sobre 20 ng/dL. 31 % presentó metástasis. 42 % recibió tratamiento paliativo. 57 % se realizó tratamiento curativo, con edad promedio 67,4 años. De estos, 31,8 % a cirugía, 68 % índice Gleason <6 y 90 % APE <20. 68 % a RDT con o sin HT, 44 % índice Gleason <6, 75 % APE <20.

DISCUSIÓN: El tamizaje del cáncer de próstata es un tema en discusión. En Chile no hay un programa nacional para realizar APE. Centros de atención primaria con acceso a APE tienen mayor tasa de tamizaje.

La etapa al diagnóstico en nuestro centro difiere a las series de países desarrollados, siendo considerablemente superior la etapa metastásica. Esto podría deberse a la poca cobertura para detección temprana. Parece ser necesario implementar un programa nacional con cobertura de tamizaje para cáncer de próstata.

PALABRAS CLAVE: cáncer, próstata, antígeno prostático, etapificación.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Prostate cancer is the second most diagnosed cancer in Chile and the world. Screening modified the stage at diagnosis, being now in the US 80 % localized, 12 % with regional compromised and 4 % metastatic. Screening with PSA isn't considered within a national program in Chile. The objective of this study is to characterize men diagnosed with prostate cancer at a public hospital in Chile.

MATERIALS AND METHODS: Retrospective and descriptive study. Every patient who entered GES because of prostate cancer at the Carlos Van Buren Hospital from Valparaíso between 2014 and 2016 was review.

RESULTS: 259 clinical records were review and 226 analyzed. Mean age was 70,5 years. 46 % had PSA above 20 ng/dL. 31 % had metástasis. 42 % received paliative treatment. 57 % had curative treatment with a mean age of 67,4 years. From this group 31,8 % surgery with a Gleason index <6 and 90 % PSA <20. 68 % had EBRT with or without HT, 44 % of this group had Gleason index <6 and 75 % PSA <20.

DISCUSSION: Prostate cancer screening it's a debated topic. In Chile there's no national program to do a PSA. Primary care centers with acces to PSA have more rate of screening. Stage at diagnosis in our center difers from developed countries series, beeing metastatic stage considerably superior. This could be because of the low screening rate for early diagnosis. It seems necessary to implement a national program for prostate cancer screening.

KEYWORDS: Cancer, prostate, prostatic specific antigen, staging

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata corresponde al segundo cáncer más diagnosticado en hombres y en Chile y el mundo y la segunda causa de muerte por cáncer en hombres en Chile y el mundo^{1 2 3}. La tendencia a nivel mundial es el aumento en la incidencia⁴. Diversos sistemas de estratificación han sido elaborados con la intención de categorizar el cáncer de próstata localizado según posibilidad de progresión clínica, bioquímica, desarrollo de enfermedad metastásica y muerte por cáncer prostático. El sistema de estratificación por riesgo más comúnmente utilizado es el del NCCN y D'Amico. Este sistema clasifica a los pacientes basados en su antígeno prostático específico (APE), la etapa clínica y biopsia prostática⁵.

El tamizaje en cáncer de próstata nace con la intención de diagnosticar el cáncer prostático en estadios iniciales, para así reducir la morbimortalidad asociada a esta patología. El antígeno prostático específico junto con el tacto rectal son las dos estrategias de tamizaje que se han implementado a la fecha. Su introducción modificó la etapa de diagnóstico de este cáncer, siendo actualmente en EE.UU. un 80 % localizada, 12 % con compromiso regional y 4 % metastásico⁶. Estas tasas se habrían modificado posterior a la recomendación de la USPSTF en 2012, aumentando los estadios más avanzados, aunque es difícil poder atribuirlo sólo a la modificación de las recomendaciones^{7 8}. El tamizaje con APE no está considerado dentro de un programa nacional en Chile con cobertura por parte del Estado. El objetivo de este estudio es caracterizar a la población diagnosticada de Cáncer de Próstata en un Hospital público en Chile.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron todas las fichas de los pacientes ingresados al programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) por Cáncer de Próstata en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso desde el año

Total muestra	226
Edad promedio	70,5 años
APE	
Menor a 10 ng/dL	29 %
10-20 ng/dL	25 %
mayor a 20 ng/dL	46 %
Biopsia	186 (82 %)
Gleason menor o igual a 6	45 %
Gleason 7	35 %
Gleason mayor a 8	20 %
Tacto Rectal	
T1a	0 %
T1b	0,5 %
T1c	32 %
T2a	11,5 %
T2b	15,6 %
T2c	26 %
T3a	13,6 %
T3b	0 %
T4	1 %
Linfonodos	
Nx	19,5 %
N0	64,1 %
N1	16,4 %
Metástasis	
0	69 %
1a	1,5 %
1b	26,1 %
1c	3 %
Tratamiento recibido	
Observación	0,1 %
Cirugía	18,1 %
Radioterapia exclusiva	10,2 %
Radioterapia + Hormonoterapia	28,7 %
Hormonoterapia con o sin QMT	42 %

Tabla 1: Características generales de la muestra

APE: Antígeno prostático específico, QMT: Quimioterapia con Docetaxel

Total	94 (42 %)
Edad promedio	74,6 años
Metástasis consignada al diagnóstico	63 %
Linfonodos consignados al diagnóstico	4 %

Tabla 2: Grupo que fue a tratamiento paliativo

2014 a 2016. Se tabularon datos demográficos y según la patología. Se analizaron con programa Excel 2011.

RESULTADOS

Se revisaron 259 fichas y se analizaron 226 debido a datos incompletos, correspondiendo a una pérdida de 12,7 % del total. Edad promedio al diagnóstico fue de 70,5 años. Un 46 % presentó APE mayor a 20 ng/dL. 31 % presentó metástasis documentada al diagnóstico. La tabla 1 muestra el resumen de las características de los pacientes estudiados. En relación al tratamiento recibido 42 % fue a tratamiento paliativo debido a su etapa avanzada o por condición clínica del paciente que no permitió tratamiento con intención curativa (Tabla 2), dentro de este grupo 40 pacientes (17,7 % del total de la muestra) no se realizaron biopsia debido a presentar tacto rectal categórico para cáncer prostático, además de APE mayor a 20 ng/dL y condición clínica que no permitiría tratamiento curativo (Tabla 3). 57 % se le realizó tratamiento con intención curativa, con edad promedio de 67,4 años. De estos, 31,8 % fue a cirugía, con edad promedio de 64,5 años, 68 % índice Gleason <6 y 90 % APE <20. 68 % a RDT con o sin HT, edad promedio 68,7 años, 44 % índice Gleason <6, 75 % APE <20 (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El tamizaje del cáncer de próstata es un tema en discusión. Nadie puede negar los grandes beneficios que trajo el uso de APE tanto para el tamizaje como para el manejo y seguimiento de estos pacientes, sin embargo son evidentes a su vez los problemas que conlleva un sobrediagnóstico y sobretratamiento. En los últimos años ha habido cambios en cuanto a las recomendaciones para evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento, es así como este año la USPSTF modificó

Total	129 (57 %)
Edad promedio	67,4 años
Cirugía	
N	41 (31,8 %)
Edad promedio	64,5 años
Gleason biopsia	
Menor a 7	68 %
7	27 %
Mayor a 7	5 %
APE	
Menor a 10 ng/dL	61 %
10-20 ng/dL	29 %
Mayor a 20 ng/dL	10 %
Tacto Rectal	
T1c	63 %
T2a	20 %
T2b	5 %
T2c	2,5 %
No descrito	9,5 %
Radioterapia con o sin Hormonoterapia	
N	88 (68 %)
Edad promedio	68,7 años
Gleason biopsia	
Menor a 7	44 %
7	41 %
Mayor a 7	15 %
APE	
Menor a 10 ng/dL	39 %
10-20 ng/dL	36 %
Mayor a 20 ng/dL	25 %
Tacto Rectal	
T1b	1 %
T1c	30 %
T2a	10 %
T2b	17 %
T2c	33 %
No descrito	8 %

Tabla 4: Grupo a tratamiento con intención curativa

Total	40 (18 %)
Edad promedio	79 años
APE mayor a 20 ng/dL	95 %
cT3	52,5 %
Hormonoterapia	100 %

Tabla 3: Grupo que no se realizó biopsia

su recomendación previa, sugiriendo que pacientes entre 55 y 69 años deben ser quienes tomen la decisión informada de realizarse tamizaje en conjunto con su médico⁹.

En Chile no hay un programa nacional para realizar APE financiado por el Estado. Esto dificulta el acceso a la población, debido a que este examen estaría disponible si lo financian ellos mismos en un centro privado, o bien esperar a una interconsulta a un centro de mayor complejidad donde se lo realicen, lo que indudablemente es lento y sobrecarga los sistemas terciarios de salud. Centros de atención primaria con acceso a APE tienen mayor tasa de tamizaje. La edad promedio de realización es los 60 años en Chile¹⁰.

La etapa al diagnóstico en nuestro centro difiere a las series de países desarrollados, siendo considerablemente superior la etapa metastásica y un porcentaje no menor de pacientes fue directamente a tratamiento paliativo a debido a su condición clínica. Esto podría deberse a la poca cobertura para detección temprana que existe en nuestro país¹⁰. Parece ser necesario implementar un programa nacional con cobertura de tamizaje responsable para cáncer de próstata y no sólo preocuparnos por obtener financiamiento para manejos en etapas avanzadas.

REFERENCIAS

1. Guía Clínica Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más. Guía Clínica Minsal. 2010;1:1-44. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
2. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-tieulent J, Jemal A. Global Cancer Statistics, 2012. CA a cancer J Clin. 2015;65(2):87-108. doi:10.3322/caac.21262.
3. Roco Á, Quiñones L, Acevedo C, Zagmutt O. Situación del cáncer en Chile 2000-2010. Cuad Méd Soc. 2013;53(2):83-94. www.colegiomedico.cl.
4. Itriago L, Cortes G. Cáncer en Chile y el mundo : una mirada epidemiológica , presente y futuro. Rev Médica Clin las Condes. 2013;24(4):531-552.
5. D'Amico A V, Whittington R, Malkowicz SB, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. JAMA. 1998;280(11):969-974. doi:joc80111 [pii].
6. Brawley OW. Trends in prostate cancer in the United States. J Natl Cancer Inst - Monogr. 2012;(45):152-156. doi:10.1093/jncimonographs/lgs035.
7. Fleshner K, Carlsson S V, Roobol MJ. The effect of the USPSTF PSA screening recommendation on prostate cancer incidence patterns in the USA. Nat Rev Urol. 2016;14(1):26-37. doi:10.1038/nrurol.2016.251.
8. Jemal A, Fedewa SA, Ma J, et al. Prostate Cancer Incidence and PSA Testing Patterns in Relation to USPSTF Screening Recommendations. Jama. 2015;314(19):2054-2061. doi:10.1001/jama.2015.14905.
9. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, MJ R. The US Preventive Services Task Force 2017 Draft Recommendation Statement on Screening for Prostate Cancer. Jama. 2017;314(1):80-82. doi:10.1001/jama.2017.4413.
10. Novoa C. Realidad actual del screening para cáncer de próstata . ¿ Sellevan a cabo las recomendaciones ? Rev Chil Urol. 2013;78:27-31.