GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL TAMIZAJE, DIAGNÓSTICO, Y TRATAMIENTO INICIAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO Y LOCALMENTE AVANZADO

I. Lista de recomendaciones y puntos de BPC

Enunciado	Tipo *	Certeza **
Tamizaje		
Pregunta 1: En varones adultos, ¿se debería realizar tamizaje de cáncer de próstata?		
En varones adultos sin factores de riesgo para cáncer de próstata, sugerimos no realizar sistemáticamente el tamizaje de cáncer de próstata con antígeno prostático específico (*Prostatic Specific Antigen, PSA*) y/o tacto rectal. La decisión de realizar el tamizaje debe ser individualizada, luego de informar sobre los beneficios y daños al paciente.	**Recomendación condicional en contra**	**Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)**
En varones adultos con al menos un factor de riesgo para cáncer de próstata (afrodescendientes o historia familiar de cáncer de próstata), recomendamos realizar el tamizaje de cáncer de próstata con PSA, el cual se puede complementar con tacto rectal a criterio del médico tratante.	**Recomendación fuerte a favor**	**Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)**
Respecto al grupo etario al cual brindar tamizaje: • Informe sobre los beneficios y daños del tamizaje a varones partir de los 45 años si tienen algún factor de riesgo. • Informe sobre los beneficios y daños del tamizaje a varones de entre 55 a 69 años sin factores de riesgo. • Tome una decisión individualizada para ofrecer tamizaje a varones de 70 a más años, teniendo en cuenta las comorbilidades y expectativa de vida del paciente.	**BPC**	
En varones en quienes se decida realizar el tamizaje de cáncer de próstata y se obtenga un resultado negativo, considerar realizar el tamizaje anualmente o cada dos a cuatro años. Para decidir la frecuencia del tamizaje considere la presencia de factores de riesgo, y preferencias del paciente.	**BPC**	
Ante un resultado positivo en el tamizaje (PSA ≥ 4 ng/ml con o sin tacto rectal anormal), según los niveles de PSA y sintomatología del paciente, considere descartar otras posibles causas de elevación del PSA (infecciosas o inflamatorias como prostatitis, hiperplasia prostática benigna, e infección urinaria; y no infecciosas como instrumentación o cirugía reciente del tracto urinario) y repetir el tamizaje para confirmar el resultado.	**BPC**	
Diagnóstico		
Pregunta 2: En varones adultos con sospecha de cáncer de próstata, en quienes se decida realizar una primera biopsia guiada por ultrasonografía (US), ¿se debería realizar la biopsia por vía transperineal (TP) o transrectal (TR)?		
En varones adultos con sospecha de cáncer de próstata, en quienes se decida realizar una primera biopsia guiada por ultrasonografía, sugerimos realizar la biopsia sistemática por vía TP o TR con extracción de 12 a 14 cilindros.	**Recomendación condicional a favor de cualquiera de las intervenciones**	**Moderada (⊕⊕⊕⊖)**

Considerar los siguientes criterios para decidir por alguno de los dos tipos de abordaje: • Experiencia del profesional de salud en el uso de la vía de abordaje. • Tolerabilidad al dolor del paciente. • Presencia de factores de riesgo de sangrado (ej. uso de anticoagulantes o enfermedades predisponentes) o de infecciones (ej. diabetes mellitus, portadores de catéteres urinarios, prostatitis concurrente) del paciente. • Presencia de los recursos humanos y logísticos necesarios para realizar el procedimiento.	**BPC**	
Antes de realizar la biopsia por vía TP o TR, brindar un esquema de profilaxis antibiótica de forma individualizada, tomando en cuenta la vía de abordaje para la biopsia, la sospecha de resistencia bacteriana a quinolonas, y las contraindicaciones para el uso de algún antibiótico.	**BPC**	
Tratamiento inicial		
Pregunta 3: En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) como primera opción terapéutica, ¿qué nomograma se debería utilizar para predecir infiltración de linfonodos: Briganti, Partin o del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)?		
En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio, en quienes se decida realizar PR como primera opción terapéutica, sugerimos utilizar cualquiera de los tres nomogramas evaluados para predecir infiltración de linfonodos pélvicos, en el siguiente orden de preferencia: 1. Briganti 2. MSKCC 3. Partin	**Recomendación condicional a favor de cualquiera de las tres pruebas diagnósticas**	**Muy baja (⊕⊖⊖⊖)**
Considere realizar la PR más linfadenectomía pélvica cuando el riesgo de infiltración de linfonodos calculado por los nomogramas sean mayores a los siguientes puntos de corte: • 5,0% cuando se utilice el nomograma Briganti • 2,0% cuando se utilicen los nomogramas MSKCC o Partin	**BPC**	
Pregunta 4: En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) más linfadenectomía pélvica (LP) como primera opción terapéutica ¿se debería realizar linfadenectomía pélvica extendida (LPex) o linfadenectomía pélvica estándar (LPe)?		
En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado, en quienes, como primera opción terapéutica, se decida realizar PR más LP dado el alto riesgo de infiltración linfática (> 2,0% con el nomograma MSKCC o Partin, o > 5,0% con el nomograma Briganti), recomendamos realizar linfadenectomía pélvica extendida.	**Recomendación fuerte a favor**	**Muy baja (⊕⊖⊖⊖)**
Pregunta 5: En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de deprivación de andrógenos (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA de larga o corta duración?		
En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio favorable o desfavorable, en quienes se decida brindar RT más TDA como opción terapéutica inicial, sugerimos brindar TDA con bloqueo hormonal completo de corta duración (4 a 6 meses) en lugar	**Recomendación condicional a favor**	**Baja (⊕⊕⊖⊖)**

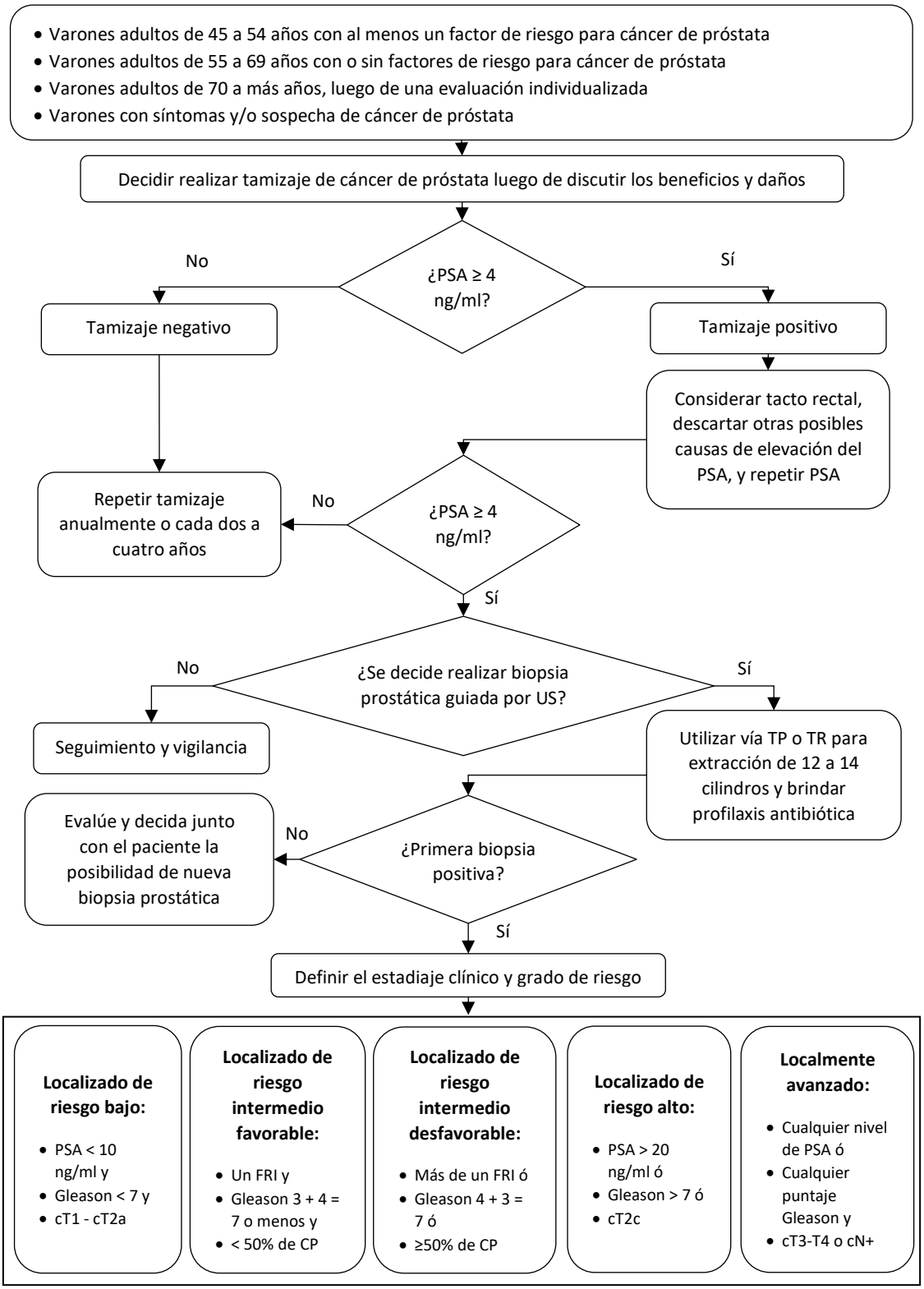
de TDA con bloqueo hormonal completo de larga duración (24 a 36 meses).		
En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo alto o localmente avanzado, en quienes se decida brindar RT más TDA como opción terapéutica inicial, recomendamos brindar TDA con bloqueo hormonal completo de larga duración (24 a 36 meses) en lugar de TDA con bloqueo hormonal completo de corta duración (4 a 6 meses).	**Recomendación fuerte a favor**	**Moderada (⊕⊕⊕⊖)**
En aquellos varones con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio desfavorable que no tengan caída adecuada de los niveles de PSA (cercano a 0 ng/ml) luego de la RT más TDA, considerar reevaluar los beneficios y daños para decidir brindar TDA de larga duración (24 a 36 meses) u otra alternativa terapéutica.	**BPC**	
En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio o alto, o localmente avanzado, no sometidos a cirugía prostática, en quienes se decida brindar RT como opción terapéutica inicial, considere brindar RT conformada a dosis total de 72 a 80 Gy, en 36 a 40 fracciones.	**BPC**	
Considerar utilizar los siguientes fármacos y dosis para brindar TDA con bloqueo hormonal completo: • Un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina: acetato de leuprorelina 7,5 mg cada mes por vía IM o triptorelina 3,75 mg cada mes por vía IM. • Un antiandrógeno: flutamida 250 mg cada 08 horas por VO o bicalutamida a 50 mg cada 24 horas por VO	**BPC**	
Pregunta 6: En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de deprivación androgénica (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA neoadyuvante o TDA concurrente y/o adyuvante?		
En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio (favorable o desfavorable), en quienes se decida brindar RT más TDA con bloqueo hormonal completo de corta duración, recomendamos iniciar la TDA de forma concurrente y/o adyuvante a la RT en lugar de iniciarla de forma neoadyuvante.	**Recomendación fuerte a favor**	**Baja (⊕⊕⊖⊖)**
En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo alto o localmente avanzado, en quienes se decida brindar RT más TDA con bloqueo hormonal completo de larga duración, la evidencia disponible al momento no permite emitir una recomendación sobre si se debiera iniciar la terapia hormonal de forma concurrente, adyuvante o neoadyuvante.	**BPC**	

* Recomendación basada en evidencias (R) o punto de buena práctica clínica (BPC) basada en consenso.

** La certeza de la evidencia solo se establece para las recomendaciones, mas no para los puntos de BPC.

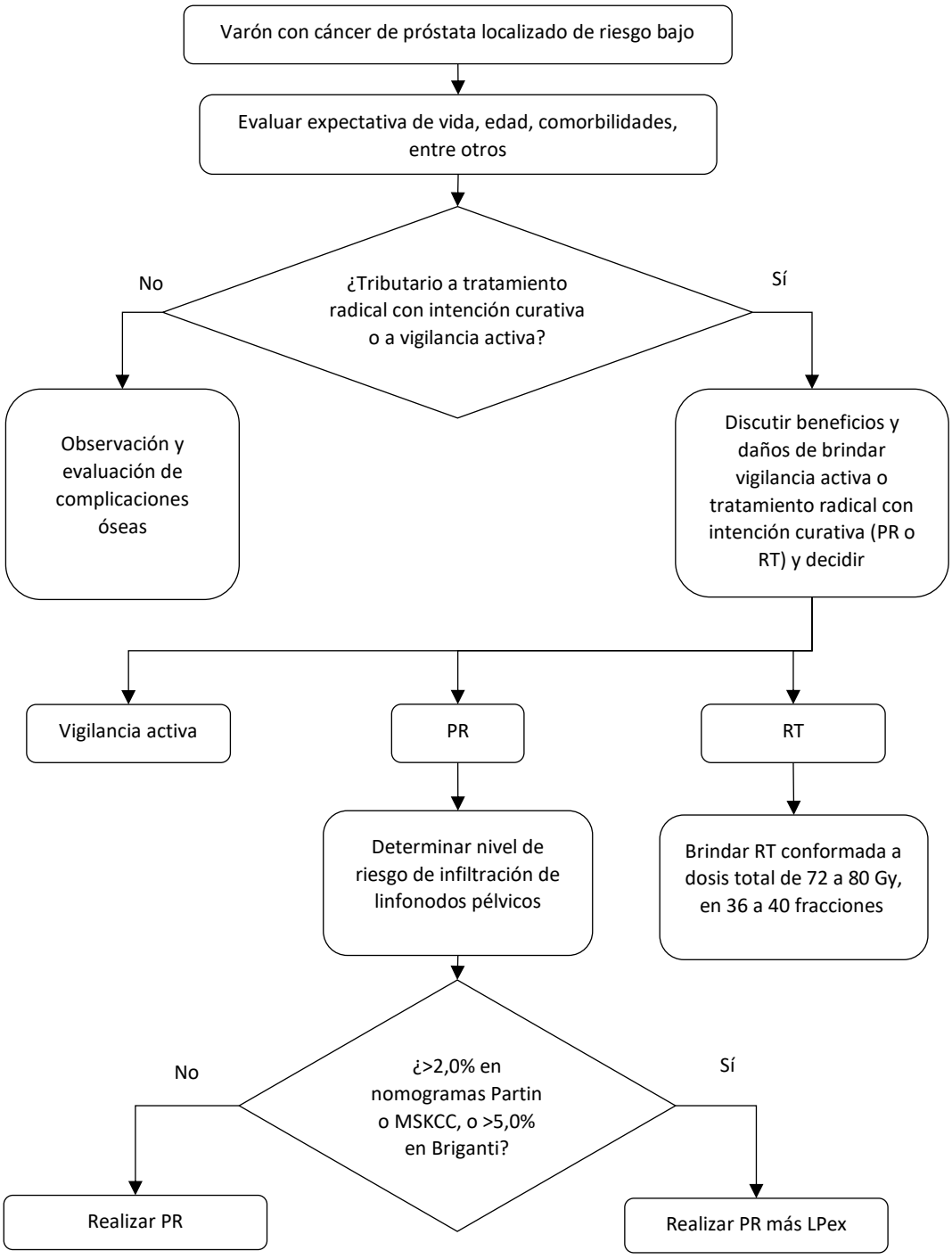
II. Flujogramas

Flujograma 1. Flujograma para tamizaje y diagnóstico de varones con sospecha de cáncer de próstata



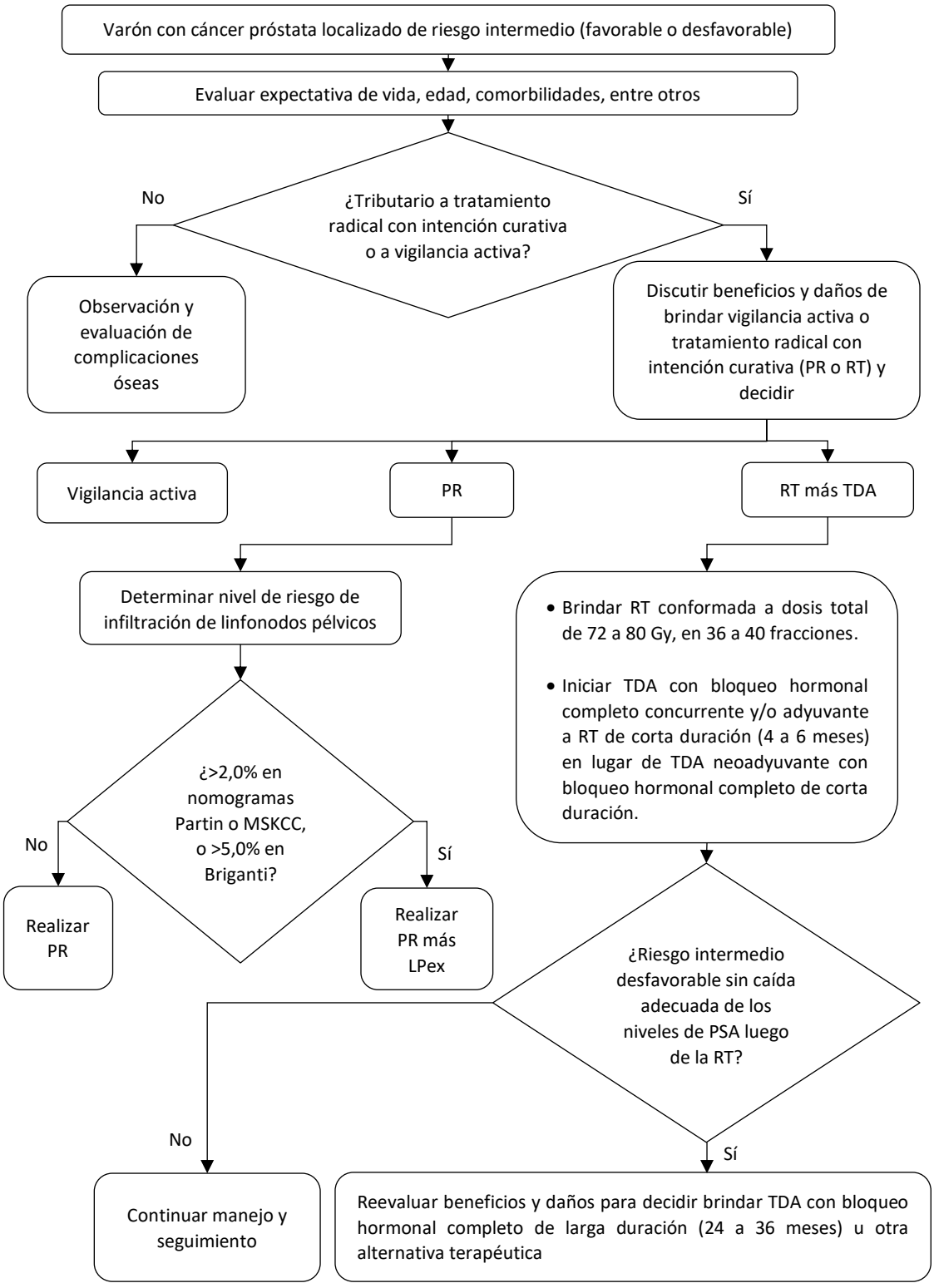
PSA: antígeno prostático específico; **US:** ultrasonografía; **TP:** Transperineal; **TR:** Transrectal; **FRI:** factor de riesgo intermedio (PSA 10-20 ng/ml, cT2b-cT2c).

Flujograma 2. Flujograma de tratamiento inicial para pacientes con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo



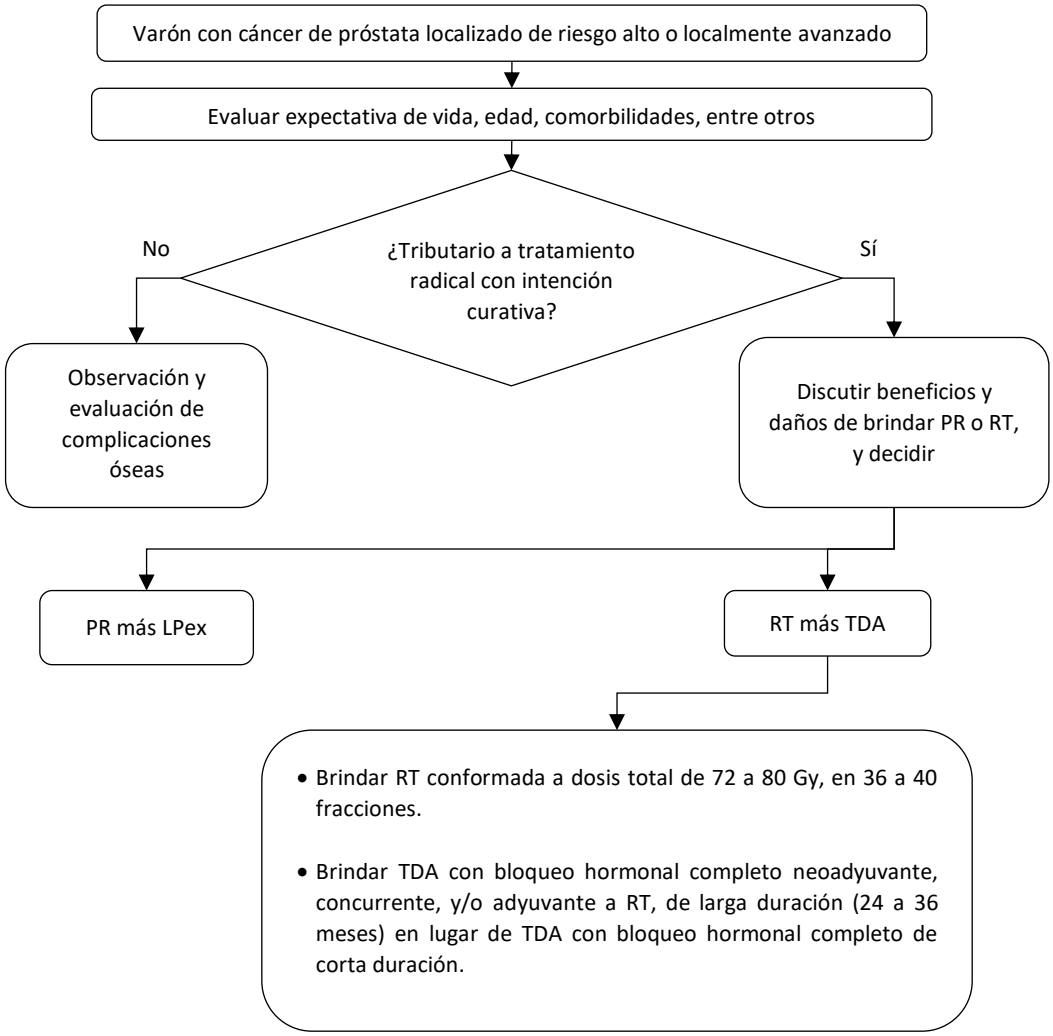
PR: prostatectomía radical; **RT:** radioterapia; **LPex:** linfadenectomía pélvica extendida; **MSKCC:** Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Flujograma 3. Flujograma de tratamiento inicial para pacientes con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio



PR: prostatectomía radical**; PSA:** antígeno prostático específico; **RT:** radioterapia**; LPex:** linfadenectomía pélvica extendida**; MSKCC:** Memorial Sloan Kettering Cancer Center; **TDA:** Terapia de deprivación androgénica; **Bloqueo hormonal completo:** uso de un antiandrógeno con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina.

Flujograma 4. Flujograma de tratamiento inicial para pacientes con cáncer de próstata localizado de riesgo alto y localmente avanzado



PR: prostatectomía radical**; RT:** radioterapia**; LPex:** linfadenectomía pélvica extendida; **TDA:** Terapia de deprivación androgénica**; Bloqueo hormonal completo:** uso de un antiandrógeno con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina**.**