

GUÍA DE ACTUACIÓN EN CÁNCER DE PRÓSTATA

AUTORES

Este documento es un protocolo consensuado que ha sido elaborado por miembros de los comités multidisciplinares de cáncer de próstata de cuatro hospitales de la comunidad canaria.

Se ha basado en las últimas Guías de práctica clínica publicadas de las diferentes sociedades científicas implicadas y según la evidencia científica conocida en este momento.

Las disciplinas médicas implicadas son: Urología, Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Rehabilitación.

Los responsables de contenido son:

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife

- Sofía Vivancos. Urología
- Víctor Ramos. Urología
- Nart Keituwa. Oncología Radioterápica
- Hugo Arguelles. Anatomía Patológica
- Rosa Delia García Marrero. Oncología Médica

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Gran Canaria

- José Luis Artiles. Urología
- Soledad Martínez. Anatomía Patológica
- Mirta García . Oncología Médica

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Gran Canaria

- Reinaldo Marrero. Urología
- Pedro Jiménez. Oncología Médica
- Ignacio Rodríguez. Oncología Radioterápica
- Elena Redondo. Anatomía Patológica
- Isabel Montes. Rehabilitación

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife

- Cristina Gómez. Urología.
- José Carlos Martínez. Oncología Radioterápica

COORDINACIÓN

Servicio de Programas Oncológicos.
Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

Fecha de aprobación: enero-2013

Período de vigencia: 2 años

I ¿CRIBADO POBLACIONAL?

Actualmente no existe evidencia científica suficiente para recomendar el cribado sistemático del cáncer de próstata en personas asintomáticas.

Los pacientes que soliciten el cribado de forma oportunista (tacto rectal y/o PSA en un hombre sano de 50 a 70 años) deben ser informados correctamente de los beneficios y riesgos del cribado y del tratamiento.

II- DIAGNOSTICO Y ESTADIAJE

Son indicios sospechosos de cáncer de próstata que pueden indicar una Biopsia Transrectal (B.T.R.)

- Tacto rectal sospechoso
- PSA elevado
- Ecografía transrectal (ETR) positiva
- Hallazgo tras una cirugía de Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP)

Si **biopsia negativa** (mínimo 10 cilindros) y persistencia indicación: repetir la biopsia detecta cáncer de próstata en el 10-35% de los casos

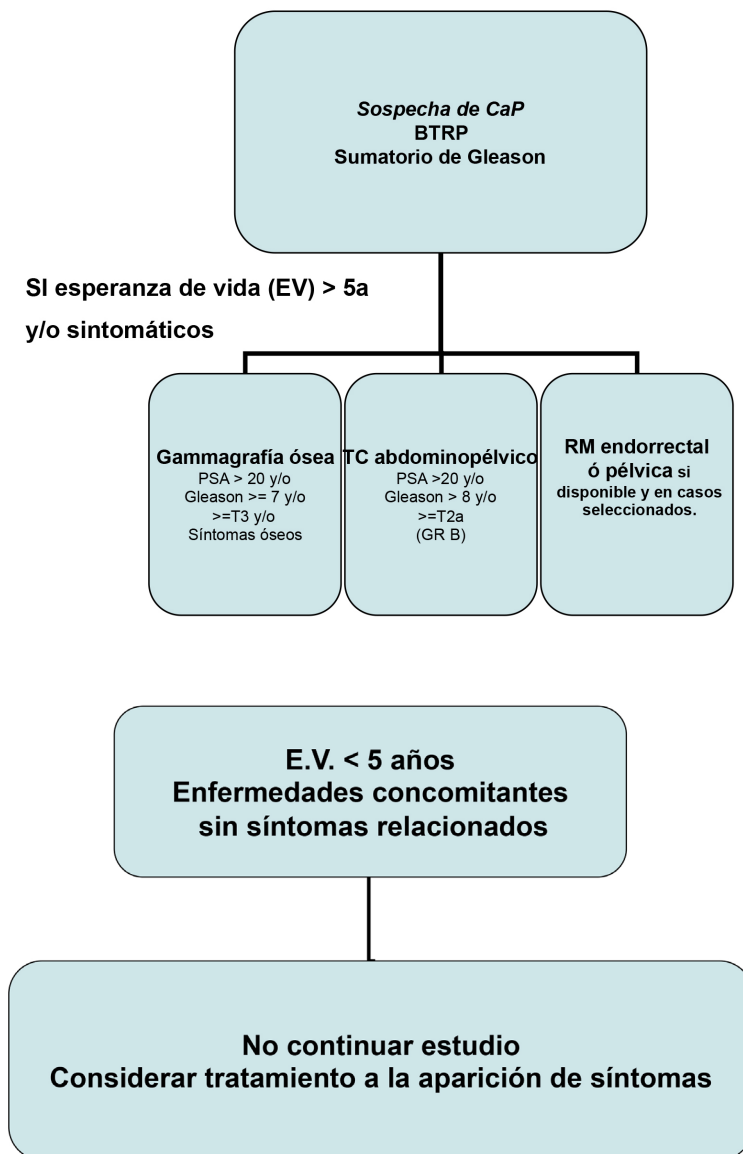
*No recomendable >3 BTR (GR C)

*RM endorrectal si disponible y en casos seleccionados

Si **A.S.A.P**: repetir biopsia en 6 meses. Asocian cáncer de próstata 36.8% (S.O.G.U.G.2011)

Si **Neoplasia Intraepitelial Próstática (P.I.N)**: el número de focos de PIN de alto grado tiene relación con el riesgo de carcinoma (S.O.G.U.G.2011). Se debe valorar repetir biopsia solo si multifocal ó extenso.

II-DIAGNÓSTICO Y ESTADIAJE

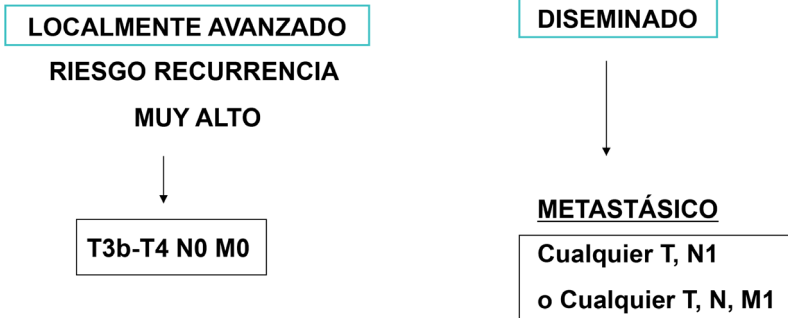
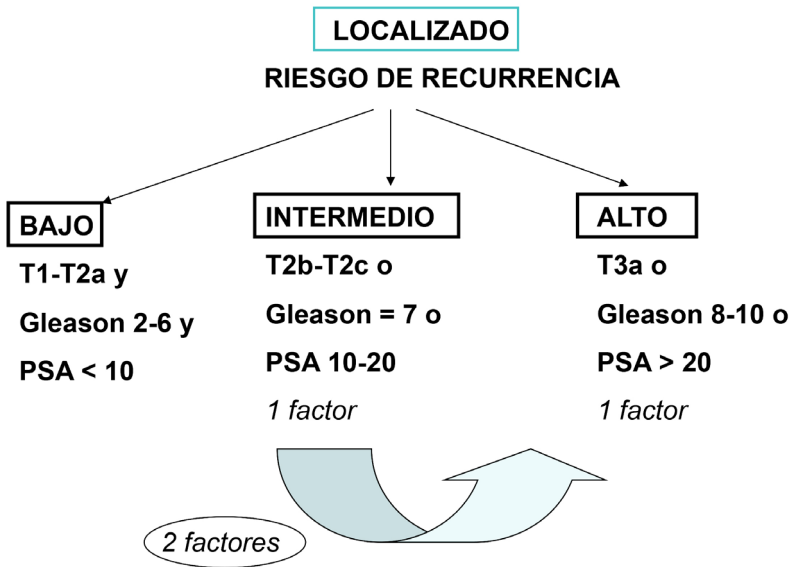


II-DIAGNÓSTICO Y ESTADIAJE

TNM 2009

T - Primary tumour	
TX	Primary tumour cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumour
T1	Clinically inapparent tumour not palpable or visible by imaging
T1a	Tumour incidental histological finding in 5% or less of tissue resected
T1b	Tumour incidental histological finding in more than 5% of tissue resected
T1c	Tumour identified by needle biopsy (e.g. because of elevated prostate-specific antigen [PSA] level)
T2	Tumour confined within the prostate ¹
T2a	Tumour involves one half of one lobe or less
T2b	Tumour involves more than half of one lobe, but not both lobes
T2c	Tumour involves both lobes
T3	Tumour extends through the prostatic capsule ²
T3a	Extracapsular extension (unilateral or bilateral) including microscopic bladder neck involvement
T3b	Tumour invades seminal vesicle(s)
T4	Tumour is fixed or invades adjacent structures other than seminal vesicles: external sphincter, rectum, levator muscles, and/or pelvic wall
N - Regional lymph nodes³	
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Regional lymph node metastasis
M - Distant metastasis⁴	
MX	Distant metastasis cannot be assessed
M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis
M1a	Non-regional lymph node(s)
M1b	Bone(s)

III- CLASIFICACIÓN POR GRUPOS



IV- TERAPIA INICIAL EN TUMOR LOCALIZADO

TERAPIA INICIAL EN TUMOR LOCALIZADO

T1a –T1b (GR B)

- **Observación:** si expectativa de vida < 5 años y Gleason < 6
- **Vigilancia Activa:** si expectativa > 5 años (se recomienda reestadiar con RTUs o BTR)
- **Prostatectomía Radical / Radioterapia:** si expectativa > 10 años y Gleason > 7

IVa- TERAPIA INICIAL EN TUMOR LOCALIZADO

DE BAJO RIESGO

MUY BAJO RIESGO (< 3 cilindros+, < 50% cada cilindro) VIGILANCIA ACTIVA

T1c-T2a y Gleason ≤6 y PSA<10

EV < 10 años

- Observación (GR B)
- Vigilancia Activa (GR B)
- Radioterapia (RT) (GR B)

EV > 10 años

- Vigilancia Activa (GR B)
- RT (GR B)
- Braquiterapia (BT) (GR B)
- Prostatectomía Radical (GR A)

IVb- TERAPIA INICIAL EN TUMOR LOCALIZADO DE RIESGO INTERMEDIO

T2b-T2c ó Gleason = 7 ó PSA 10-20 ng/ml (1 factor)

EV < 10 años

- Vigilancia Activa (GRB)
- PRadical + Linfadenectomía (LDN)(2 factores)
- RT asociadas a antiandrógeno (DA) pauta corta 6 meses

EV > 10 años

- PRadical + Linfadenectomía (2 factores)(GRA)
- RT asociadas a DA pauta corta 6 meses (GRA)

IVc- TERAPIA INICIAL EN TUMOR LOCALIZADO DE ALTO RIESGO

T3a o Gleason ≥ 8 o PSA > 20 ng/ml (1 factor)

- RT \pm BT asociadas a DA pauta larga 24-36 meses (GR A)
- PR+ LDN (ampliada) en casos seleccionados con bajo vol tumoral y Gleason ≤ 8 y PSA < 20 (GR C)

V- COMITÉ DE TUMORES

Los casos de alto riesgo deben ser presentados en un Comité Interdisciplinar de Tumores, compuesto por al menos un especialista en Urología, Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico, Oncología Médica y Oncología Radioterápica.

La decisión terapéutica es consensuada entre todos los especialistas implicados, siempre basándose en el protocolo conjunto. Cualquier modificación de dicho protocolo se realiza previa revisión y discusión en el Comité.

VI- TUMOR LOCALMENTE AVANZADO

TERAPIA INICIAL

T3b- T4

- RT +/- BT asociadas a DA pauta larga 36 meses (GR A)
- HORMONOTERAPIA (imposibilidad de otros tratamientos) (GRA)
- PR+ LDN (ampliada) en casos seleccionados con bajo vol. tumoral y Gleason<8 y PSA< 20 (GR C)

VII- TUMOR DISEMINADO

TERAPIA INICIAL

N+,MO

*PR : en pac.seleccionados con EV >10 años como parte de tto multimodal (GR C)

*RT : en pac.seleccionados con EV >10 años con DA 3 años (GR C)

*DA: como tto adyuvante a PR o RT. Como monoterapia sólo si el pac. no es candidato a otro tto (GR A)

M+

→ DA: Opción standard. Mandatoria en pac. Sintomáticos (GR A)

VIII- SEGUIMIENTO

- Controles sólo con P.S.A. mientras no se detecte progresión bioquímica
- Periodicidad recomendada:
 - 3, 6 y 12 m
 - A partir del año cada 6 m
 - Si es bajo riesgo, a partir del 3º año anualmente
 - Si es alto riesgo, a partir del 5º año anualmente

IX- TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO

RT adyuvante:

- Cuando ha existido un PSA tras Prostatectomía Radical (PR) indetectable.
- Se administra la RT Externa 3-12 meses después de la cirugía.
- Se espera a la recuperación de la continencia urinaria.
- Objetivo: Reducir el riesgo de Fallo BQ y eventualmente el de fallo local en el futuro.

RT de Rescate:

- PSA persistentemente detectable $\geq 0,1$ ng/ml.
- Elevación del PSA diferida tras haberse alcanzado un nivel de PSA indetectable tras la cirugía $\geq 0,2$ ng/ml.
- Objetivo: Reducir el riesgo de fallo local y la consecuente progresión a MTS a distancia y muerte por Cáncer de Próstata (CaP).

INDICACIONES DE RT ADYUVANTE

- Extensión Extracapsular (EEC, pT3a).
- Márgenes Positivos.
- Invasión de Vesículas Seminales (pT3b)

Dosis de 64-70 Gy consiguen niveles de PSA indetectables en 80-90% de los casos a los 5-10 años tras la RT Adyuvante.

En pacientes ≥ 70 años debe valorarse cuidadosamente la indicación, ya que según la última actualización del Ensayo EORTC 22911, la RT podría tener un efecto deletéreo.

INDICACIONES DE RT DE RESCATE

Paciente para RT sola:

- 1.FBQ ≥ 2 años post-PR.
- 2.GS ≤ 7 .
- 3.PSA-DT >10 meses.
- 4.Márgenes positivos.

5.PSA pre-RT <1 ng/ml.

6.No invasión de VS

Paciente para RT+DA:

1.Invasión de VS ó

2.PSA pre-RT >1 ng/ml ó

3.GS >7 ó

4.GS 8-10 + PSA pre-RT>0,3 ng/ml (ASTRO 2011).

Paciente para DA*:

1.FBQ < 2 años post-PR.

2.GS ≥8.

3.PSA-DT <10 meses.

4.Márgenes negativos.

5.PSA pre-RT >2 ng/ml†

***3 o más de estas características**

†Supervivencia a 4 años 12-25%

#1+#2+#3 = MTS a distancia >65% a 5 años

RT DE RESCATE ¿Cuándo debe remitirse al paciente a RT?

La evidencia demuestra que, una vez diagnosticado el Fallo Bioquímico, cuanto antes se administre la RT de Rescate mejor, y que el PSA previo a la RT debe ser lo más bajo posible, y preferentemente <1 ng/ml.

- Se pierde un 2,6% de probabilidad de control bioquímico por cada incremento de 0,1 ng/ml en la cifra de PSA.

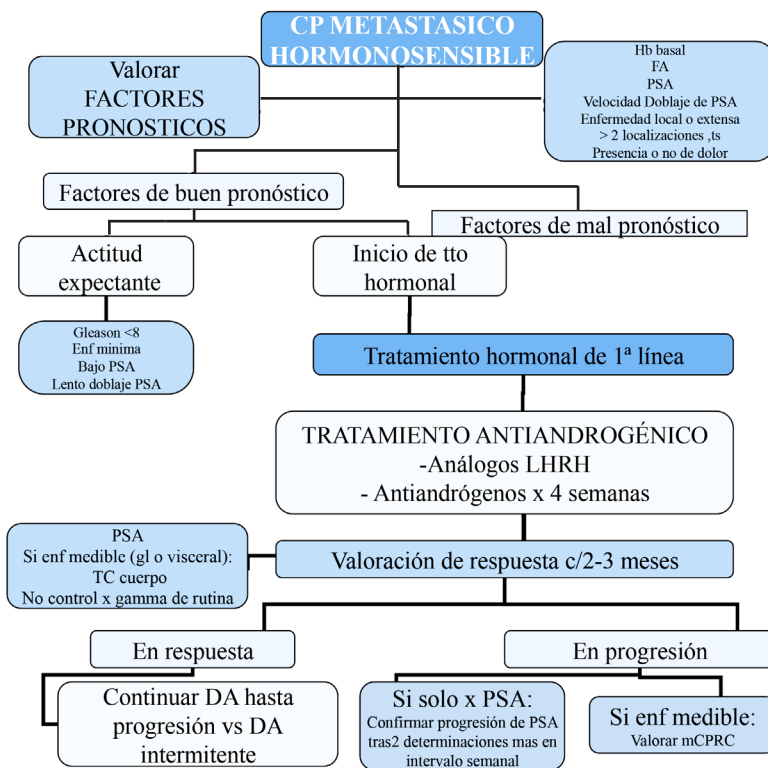
- Con un PSA de 0,2 ng/mL pre-RT, la Supervivencia Libre de Recaída (SLR) es del 64%.

El otro factor que influye en los resultados de la RT de Rescate es la dosis de RT administrada.

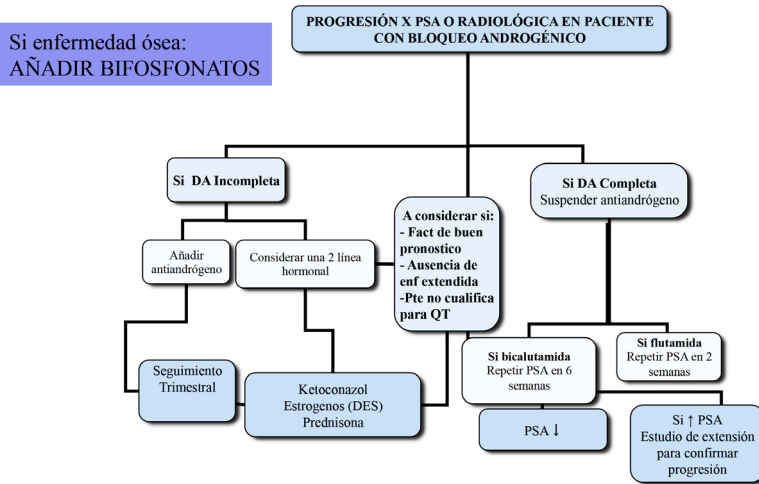
- Hay un incremento del 2% en la probabilidad de control bioquímico por cada incremento de 1 Gy en la dosis administrada de RT de Rescate.

- Dosis de 64-70 Gy consiguen revertir el PSA de nuevo a niveles indetectables en el 35-50% de los casos a los 5-10 años tras la RT de Rescate.
- Recomendación ASTRO 2011: si hay enfermedad visible en la RM escalar dosis hasta los 74 Gy.

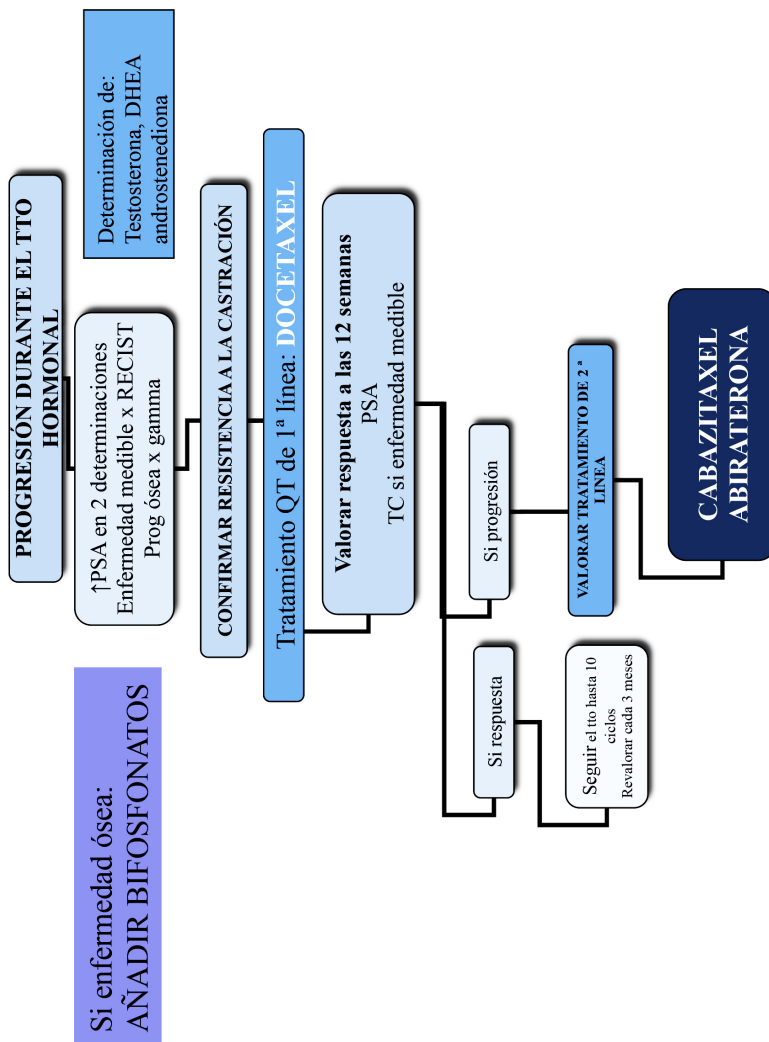
X- TRATAMIENTO EN ENFERMEDAD DISEMINADA



XI- PROGRESIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA ANTE UNA PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO HORMONAL



XII- PROGRESION DEL CANCER DE PROSTATA EN FASE DE RESISTENCIA A LA CASTRACIÓN (MCPRC)



ANEXO 1. PROTOCOLO DE ANATOMIA PATOLÓGICA EN CARCINOMA PROSTÁTICO

La información se fundamenta particularmente en datos obtenidos del protocolo actualizado (2011) sobre el carcinoma prostático del Colegio de Patólogos Americanos (CAP) (1), así como de las recomendaciones de informes de carcinoma prostático por Ebtin, Srigley, Grignon y Humphrey en nombre de la Asociación de Directores de Patología Quirúrgica y Anatómica (ADASP)(2).

Cada checklist del procedimiento biopsico (aguja, RTU, etc.) debe ir encabezado con datos de identificación y clínicos del paciente.

- Paciente Nombre HC n° EP Edad (Fecha de nacimiento)
- Médico responsable Servicio
- Información clínica
 - Manifestaciones clínicas (obstrucción urinaria, etc.)
 - Hallazgos exploratorios (masa palpable, PSA, Rx)
 - Diagnóstico clínico
 - Hallazgos operatorios

1. BIOPSIA DEL CÁNCER PROSTÁTICO POR AGUJA

- TIPO HISTOLÓGICO:

ADENOCARCINOMA (ACINAR, CONVENCIONAL, SIN ESPECIFICAR).....

OTROS (ESPECIFICAR).....

- GRADO HISTOLÓGICO (GLEASON)

PATRÓN PRIMARIO (predominante) GRADO: 1 – 2 - 3 – 4 – 5

PATRÓN SECUNDARIO (segundo más frecuente) GRADO: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

SCORE TOTAL DE GLEASON (patrón primario y secundario): 2 – 10 / 10

SITUACIONES PROBLEMÁTICAS DE APLICACIÓN DEL PATRÓN GLEASON.

No aplicable (tipo histológico especial, p.ej. carcinoma epidermoide)

No puede ser determinado (muestra problemática)

- CUANTIFICACIÓN TUMORAL:

Total de cilindros afectados o positivos.....

Total de cilindros.....

Porcentaje de tumor en cilindro afectado (%)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dcho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Izq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUÍA DE ACTUACIÓN EN CÁNCER DE PRÓSTATA

- OTROS HALLAZGOS PRESENTABLES DEL CARCINOMA EN BIOPSIA

INVASIÓN GRASA PERIPROSTÁTICA: SI NO
INVASIÓN VESÍCULA SEMINAL: SI NO
INVASIÓN VASCULAR LINFÁTICA: SI NO
INVASIÓN PERINEURAL: SI NO

-HALLAZGOS PATOLÓGICOS ADICIONALES:

NO IDENTIFICADOS
PIN DE ALTO GRADO.....
HIPERPLASIA ADENOMATOSA ATÍPICA (ADENOSIS).....
INFLAMACIÓN (tipo específico).....
DATOS PATOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS (Especificar).....

2. BIOPSIAS PROSTÁTICAS POR RESECCIÓN TRANSURETRAL (RTU) Y PROSTATECTOMÍA SUBTOTAL EN CÁNCER PROSTÁTICO

- TIPO DE PROCEDIMIENTO:

RESECCIÓN TRANSURETRAL (RTU): SI NO
ENUCLEACIÓN (PROSTATECTOMÍA SUBTOTAL): SI NO
OTROS (ESPECIFICAR): SI NO

- PESO O TAMAÑO DE LA PIEZA:

PESO (AMBOS PROCEDIMIENTOS)..... GRAMOS
TAMAÑO (SOLO ENUCLEACIÓN).....X.....X.....CMS

- TIPO HISTOLÓGICO:

ADENOCARCINOMA (ACINAR, CONVENCIONAL, SIN ESPECIFICAR)
OTROS (ESPECIFICAR).....

- GRADO HISTOLÓGICO (GLEASON)

PATRÓN PRIMARIO (predominante) GRADO: 1 – 2 - 3 – 4 – 5
PAT RÓN SECUNDARIO (segundo más frecuente) GRADO: 1 – 2 – 3 – 4 – 5
SCORE TOTAL DE GLEASON (patrón primario y secundario): 2 – 10 / 10

- CUANTIFICACIÓN TUMORAL

RTU

PORCENTAJE DE TEJIDO AFECTADO POR TUMOR:%
(Tumor incidental <5% tejido con Gleason 2 – 6 – pT1a)
(Tumor incidental >5% tejido y / o Gleason 7 – 10 – pT1b)
ENUCLEACIÓN O PROSTATECTOMÍA SUBTOTAL
PORCENTAJE DE TEJIDO AFECTADO POR TUMOR:%
(Nódulo dominante, ejes mayores ... X ... mm)

GUÍA DE ACTUACIÓN EN CÁNCER DE PRÓSTATA

- OTROS HALLAZGOS PRESENTABLES DEL CARCINOMA EN BIOPSIA

INVASIÓN GRASA PERIPROSTÁTICA: SI NO
INVASIÓN VESÍCULA SEMINAL: SI NO
INVASIÓN VASCULAR LINFÁTICA: SI NO
INVASIÓN PERINEURAL: SI NO

- HALLAZGOS PATOLÓGICOS ADICIONALES:

NO IDENTIFICADOS
PIN DE ALTO GRADO.....
HIPERPLASIA ADENOMATOSA ATÍPICA (ADENOSIS).....
INFLAMACIÓN (tipo específico).....
DATOS PATOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS (Especificar).....

3. BIOPSIA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL EN CÁNCER PROSTÁTICO

- PESO Y TAMAÑO DE LA PIEZA:

PESO..... GRAMOS

TAMAÑO.....X.....X.....CMS

- MUESTRAS DE GANGLIO LINFÁTICO

NO PRESENCIA DE GANGLIOS
PRESENCIA DE GANGLIOS
GANGLIOS AFECTOS (Número).....

- TIPO HISTOLÓGICO:

ADENOCARCINOMA (ACINAR, CONVENCIONAL, SIN ESPECIFICAR)
OTROS (ESPECIFICAR)

- GRADO HISTOLÓGICO (GLEASON)

PATRÓN PRIMARIO (predominante) GRADO: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

PATRÓN SECUNDARIO (segundo más frecuente) GRADO: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

PATRÓN Terciario (tercero más frecuente) GRADO: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

SCORE TOTAL DE GLEASON (patrón primario y secundario): 2 – 10 / 10

- CUANTIFICACIÓN TUMORAL

PORCENTAJE DE TEJIDO AFECTADO POR TUMOR:%

TAMAÑO TUMORAL

NÓDULO DOMINANTE (de estar presente). EJES MAYORES ... X ... mm

- EXTENSIÓN EXTRAPROSTÁTICA

NO PRESENTE.....

PRESENTE

Focal Localización (especificar lugar)

No focal o extensiva Localización (especificar lugar)

GUÍA DE ACTUACIÓN EN CÁNCER DE PRÓSTATA

- INVASIÓN VESÍCULAS SEMINALES (INVASIÓN CAPA MUSCULAR)

NO IDENTIFICADA

PRESENTE

 DERECHA

 IZQUIERDA

NO IDENTIFICACIÓN VESÍCULAS SEMINALES

- MÁRGENES QUIRÚRGICOS

NO AFECTADOS POR TUMOR.....

AFECTADOS POR TUMOR

- APICAL
- CUELLO VESICAL
- ANTERIOR
- LATERAL
- POSTEROLATERAL (bandeletas)
- POSTERIOR
- OTROS (especificar)

- INVASIÓN VASCULAR LINFÁTICA: SI NO

- INVASIÓN PERINEURAL (opcional): SI NO

- TRATAMIENTO CARCINOMA: SI NO

NO IDENTIFICADO

POST-RADIACIÓN

TERAPIA HORMONAL

OTROS

- ESTADIO PATOLÓGICO (pTNM)

- HALLAZGOS PATOLÓGICOS ADICIONALES

NO IDENTIFICADO

PIN DE ALTO GRADO.....

INFLAMACIÓN (tipo específico).....

HIPERPLASIA ADENOMATOSA ATÍPICA (ADENOSIS).....

HIPERPLASIA NODULAR PROSTÁTICA.....

- ESTUDIOS AUXILIARES

NO REALIZADOS.....

REALIZADOS (especificar).....

- DATOS PATOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS (Especificar).....

3. INFORMACIÓN ACLARATORIA DEL PROTOCOLO (CHECK-LIST) DE BIOPSIAS PROSTÁTICAS POR CARCINOMA

I) TIPO HISTOLÓGICO.

Se presentan diferentes carcinomas prostáticos, aparte del acinar convencional, en algunos de los cuales, no se puede aplicar el protocolo del carcinoma prostático, en gran parte porque no tienen equivalencia en la gradación de Gleason, recomendándose en tales casos la gradación por otras clasificaciones histológicas. Por ejemplo, la de Broders para el carcinoma epidermoide o la de la OMS para los carcinomas de células transicionales o uroteliales.

El tipo histológico debe de reflejarse en el informe de todo tipo de biopsia prostática (por aguja, RTU, enucleaciones y prostatectomía radical)

II) GRADACIÓN DE GLEASON.

En todo tipo de biopsia de carcinoma acinar, debe de aplicarse la gradación de Gleason, salvo aquellos casos que hayan sido sometidos a tratamiento, particularmente a privación androgénica. El índice sumatorio de Gleason resulta en líneas generales de la suma del patrón Gleason primario (predominante) y el Gleason secundario (segundo más predominante). Cuando hay un exclusivo grado histológico, se duplica dicho patrón para calcular el índice sumatorio o "score". También se reconocen equivalencias al Gleason con variantes de carcinoma no acinar (TABLA 1). Existen consideraciones sobre la aplicación del grado de Gleason, de acuerdo con el procedimiento de biopsia empleado.

A) Biopsias por aguja.

- Si existe un patrón secundario menor del 5% de menor grado histológico que el primario, se desecha el primero; por ejemplo, si más del 95% es un patrón 4 y menos del 5% un patrón 3, el score informado debe ser de Gleason 8 (4+4).

- En contrapartida, si se presenta un patrón secundario menor del 5% del tumor, pero de mayor grado de Gleason que el patrón primario, se deben sumar ambos patrones. Por ejemplo, si más del 95% es Gleason 3 y menos del 5% un Gleason 4, el score o índice sumatorio de Gleason será 7 (3+4).

- Si hay más de 2 patrones, se escoge el patrón predominante (p.ej. 3) y el de mayor grado (p.ej. 5), eliminándose el patrón intermedio (p.ej. 4). El score de Gleason sería 8 (3+5).

- En cilindros con diferente score de Gleason, no se hace el promedio, si no que se considera el score más alto. Por ejemplo, si en un cilindro el score es de 6 (3+3) y en el otro el score es de 8 (4+4),

B) En biopsias RTU y de enucleación se aplica un sistema similar al de biopsias por aguja.

C) En biopsias de prostatectomía radical.

- De presentarse 2 patrones exclusivos en uno o varios nódulos, el score es simplemente la suma de los 2 patrones. Pero nódulos tumorales con diferente score de Gleason, deben de ser considerados por separado; por ejemplo, nódulo dominante en lado derecho con score de Gleason 4(2+2) y nódulo pequeño score de Gleason 8(4+4) en lado izquierdo.

- Cuando hay más de 2 patrones. El score resulta de la suma del primario (predominante) y el secundario (segundo predominante), mientras que el terciario (menos común) se refleja a parte. Si el patrón secundario representa menos del 5% pasa a terciario.

III) INVASIÓN PERINEURAL

En biopsias por aguja, parece asociarse a extensión extraprostática, aunque no se ha determinado su exacto significado pronóstico.

IV) NEOPLASIA INTRAEPITELIAL PROSTÁTICA (PIN)

En todo caso, se desecha el PIN de bajo grado y se hace referencia al PIN de alto grado, que consiste en proliferación epitelial de células atípicas similar a un carcinoma aunque restringida a acinos y conductos sin signos de invasión del estroma. Su presencia aislada (en ausencia de carcinoma invasor) se debe de reflejar en cualquier tipo de biopsia. En presencia de franco carcinoma el informe de PIN se considera opcional. Dado que entre el 20-25% de carcinomas prostáticos se detectan en pacientes rebiopsiados por PIN, se recomienda rebiopsiar entre 3 y 6 meses después del diagnóstico, dependiendo de niveles séricos de PSA, examen digital rectal y complementar hasta una tercera biopsia en caso de negatividad. Este manejo es similar al de "proliferación atípica de acinos pequeños"(ASAP).

V) MANEJO DE MUESTRAS EN RTU

Como norma ha quedado establecido que muestras de RTU que pesan 12 gramos o menos (equivale a 6-8 cápsulas) deben incluirse en totalidad. Si la muestra pesa menos de 12 gramos, se incluye una cápsula por cada 5 gramos adicionales. Si microscópicamente se demuestra afectación por carcinoma en 5% o menos de los "chips" o fragmentos, se incluye todo el material, particularmente en pacientes jóvenes.

VI) EXTENSIÓN EXTRAPROSTÁTICA (EEP)

Significa presencia de tumor fuera de los confines de la próstata, con lo que abarca:

- Tumor en tejido adiposo (no hay grasa dentro de la próstata)
- Tumor más allá del contorno (borde liso) prostático tenga o no tenga grasa e independientemente de posible desmoplasia.
- Invasión tumoral de espacios perineurales en bandeletas neurovasculares.
- En ápex puede asumirse que glándulas tumorales alcanzando el borde teñido con tinta representa EEP

Es útil especificar en el informe la localización del tumor (anterior, posterior, etc.). Descripción si la EEP es focal (equivalente a pocas glándulas neoplásicas extraprostáticas afectando menos de un campo de gran aumento en una o dos secciones), o no focal, cuando es más extenso (recomendable dar en milímetros lineales).

VII) MÁRGENES QUIRÚRGICOS

Los márgenes quirúrgicos de la pieza, lo constituyen todos los bordes externos de la próstata teñidos con tinta. Representa margen positivo, cuando glándulas neoplásicas contactan con borde teñido con tinta.

- Margen quirúrgico positivo, no implican necesariamente EEP.
- Margen quirúrgico positivo intraprostático puede representarse como pT2+ y pT(R1) (según TNM)
- Afectación microscópica del margen del cuello vesical puede representarse como pT3 o pT3a
- Se recomienda medir en milímetros la afectación de márgenes quirúrgicos

VIII) TNM

• TUMOR PRIMARIO (T)

- Especificaciones particulares

. (m)múltiple pT-(m)-----

. (r) recidiva pT- (r) -----

GUÍA DE ACTUACIÓN EN CÁNCER DE PRÓSTATA

- . (y) prostactetomía (yatrogénica) pT-(y)-----
- . (R1) afectación de márgenes quirúrgicos pT-(R1)
- pT2 Tumor confinado a próstata-----
- . pT2x no valorable-----
- . pT2a afectación de un lóbulo
- . pT2b afectación de ambos lóbulos
- pT3 Tumor extraprostático -----
- . pT3a sin afectar vesículas seminales-----
- . pT3b afectando vesículas seminales-----
- pT4 Otras estructuras adyacentes-----
- . Cuello vesical (macroscópicamente), recto, etc-----
- *Margen quirúrgico (+) puede designarse como R1 en adición al pT; p.ej: pT3 (R1)
- **GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (N)**
- . pNx Ganglios no valorables-----
- . pN0 no metástasis-----
- . pN1 Metástasis-----
- **METÁSTASIS DISTANCIA (M)**
- . pMx novalorable-----
- . pM1 metástasis distantes-----
- . pM1a otros ganglios no regionales-----
- . pM1b óseas -----
- . pM1c otros lugares extraesqueléticas-----

TABLA 1. RELACIÓN DE OTROS TIPOS DE CARCINOMA PROSTÁTICO CON EL SCORE DEL GLEASON PRIMARIO

1.- Variantes de adenocarcinoma acinar:		
- Adenocarcinoma pseudohiperplásico	3	
- Adenocarcinoma glomeruloide	4	
- Adenocarcinoma con fibroplasia mucinosa	3	
- Adenocarcinoma con vacuolas	3-5	
- Adenocarcinoma con glándulas espumosas	3-5	
2.- Carcinomas mucinosos (coloide)	4	
3.- Carcinomas de conductos (endometrioides)	4	
4.- Carcinomas de células en anillo de sello	5	
5.- C. Linfoepitelioma-like	No	
6.- Carcinoma sarcomatoide (c. epitelial)	3-5	
7.- Carcinoma adenoescamoso		3-5
8.- Carcinoma adenoide quístico		No
9.- Carcinoma de células pequeñas	No	
10.- Carcinoma de células transicionales	No	
11.- Carcinoma epidermoide	No	

ANEXO II. REHABILITACIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PROSTATA

La rehabilitación de suelo pélvico en los pacientes afectados de cáncer de próstata se indica para la prevención y el tratamiento de la sintomatología que pueda presentarse tras la cirugía y la radioterapia. Entre ellas se encuentran la incontinencia urinaria y fecal, las disfunciones de vaciado (síndrome de micción no coordinada y anismo), la patología dolorosa del periné y las disfunciones sexuales que impliquen una alteración en la calidad de vida del paciente.

Se incluirán todos los pacientes afectados de carcinoma de próstata antes y después de la cirugía y la radioterapia

Los criterios de exclusión:

- Procesos infecciosos agudos.
- Déficit cognitivo que impida colaboración.
- No aceptación del tratamiento por parte del paciente.
- Trastornos psiquiátricos que comporten alteraciones graves en la conducta.
- Síndromes paralizantes graves u otros procesos mórbidos que comporten elevados niveles de incapacidad para realizar las A.V.D básicas, transferencias y la deambulaci3n.

Valoraci3n Inicial del paciente en consulta m3dica:

- Anamnesis y antecedentes familiares y personales (comorbilidad, historia laboral, deportes de impacto, antecedentes m3dicos y quir3rgicos anorrectales...).
- Exploraci3n f3sica general y neurol3gica.
- Exploraci3n urol3gica y digestiva. Valoraci3n de la toxicidad por radioterapia.
- Valoraci3n de pruebas complementarias (pruebas de imagen, pruebas funcionales urodinámicas, manometr3a ano-rectal...) y solicitud de nuevas pruebas si fuese necesario.
- Valoraci3n del resultado de los cuestionarios autocumplimentados de calidad de vida para incontinencia urinaria y anal (SANDVIK y WEXNER).
- Informaci3n del procedimiento a realizar: pautas de tratamiento en domicilio (reeducaci3n vesical, ejercicios de suelo pélvico, uso de dilatadores)

Programa de Rehabilitaci3n del Suelo Pélvico (RSP).

- Medidas generales: p3rdida de peso, reducci3n de la ingesta excesiva de l3quidos y excitantes, control del estreñimiento y del consumo de tabaco.
- Reeducaci3n vesical: El objetivo final es llegar a intervalos entre micciones de 3-4 horas (Gr A). El tratamiento conservador debe ofrecerse como tratamiento de primera l3nea.

Medidas Específicas:

- Técnicas de Rehabilitaci3n del Suelo Pélvico:
 - Cinesiterapia pelvip3rinea: es el tratamiento de primera elecci3n, aislado

o asociado a tratamiento quirúrgico y/o farmacológico. EMSP es eficaz en el tratamiento de la IU y se recomienda como primera línea de tratamiento conservador en la IUE, IUM, IUU (Gr A)

- Biofeedback
- Electroestimulación

El PRSP se desarrolla en distintas etapas, en relación con el momento de la cirugía y radioterapia:

- **Pretratamiento:** una vez que se ha establecido el diagnóstico de carcinoma y la indicación de la cirugía/radioterapia, se inicia al paciente en el aprendizaje de los ejercicios de suelo pélvico para prepararle para los posibles efectos secundarios al tratamiento.
- **Ambulatoria:** el programa continúa de manera ambulatoria a los 2 meses de la cirugía o una vez el paciente ha finalizado la radioterapia. Se hace 1 o 2 veces por semana, durante un período de tiempo aproximado de 2-3 meses hasta la resolución de la sintomatología y/o correcto aprendizaje por parte de la paciente del tratamiento a realizar en su domicilio.

Valoración en consulta previo al alta del PRSP y seguimiento periódico.

Se insiste al paciente en la necesidad de continuar con las medidas aprendidas durante el PRSP una vez que finaliza con éxito el mismo. Será citado nuevamente en consulta a los 2-3 meses, a los 6-8 meses y al año para control de la evolución.

CUESTIONARIO DE GRAVEDAD PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL

Los datos que se recogen deben hacer referencia al último mes, dado que este es el periodo de tiempo que valora la encuesta de calidad de vida.

1. Durante el último mes ¿con qué frecuencia ha presentado usted: Incontinencia a heces sólidas?

- Nunca
- Raramente (menos de una vez al mes)
- Algunas veces (mas de una vez al mes pero menos de una vez a la semana)
- Frecuentemente (una o mas veces a la semana pero menos de una vez al día)
- Siempre (una o mas veces al día)

2. Durante el último mes ¿con qué frecuencia ha presentado usted: Incontinencia a heces líquidas?

- Nunca
- Raramente (menos de una vez al mes)
- Algunas veces (mas de una vez al mes pero menos de una vez a la semana)
- Frecuentemente (una o mas veces a la semana pero menos de una vez al día)
- Siempre (una o mas veces al día)

3. Durante el último mes ¿con qué frecuencia ha presentado usted: Incontinencia a gases?

- Nunca
- Raramente (menos de una vez al mes)

GUÍA DE ACTUACIÓN EN CÁNCER DE PRÓSTATA

- Algunas veces (mas de una vez al mes pero menos de una vez a la semana) 0
- Frecuentemente (una o mas veces a la semana pero menos de una vez al día) 0
- Siempre (una o mas veces al día) 0

4. Utiliza pañales, gasas o papel para protección (evitar manchado de heces la ropa interior):

- Nunca 0
- Raramente (menos de una vez al mes) 0
- Algunas veces (mas de una vez al mes pero menos de una vez a la semana) 0
- Frecuentemente (una o mas veces a la semana pero menos de una vez al día) 0
- Siempre (una o mas veces al día) 0

5. La existencia de incontinencia le ha modificado su estilo o forma de vida:

- Nunca 0
- Raramente (menos de una vez al mes) 0
- Algunas veces (mas de una vez al mes pero menos de una vez a la semana) 0
- Frecuentemente (una o mas veces a la semana pero menos de una vez al día) 0
- Siempre (una o mas veces al día) 0

EVALUACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

1. ¿Con qué frecuencia se le escapa la orina? (marque una)
 0. Nunca ----> Si selecciona esta opción, no continúe relleno el cuestionario 0
 1. Menos de una vez al mes 0
 2. Algunas veces al mes 0
 3. Algunas veces a la semana 0
 4. Todos los días y/o noches 0

2. ¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez? (marque una) 0
 1. Gotas (muy poca cantidad) 0
 2. Chorro pequeño (una cantidad moderada) 0
 3. Mucha cantidad 0

3. ¿Cuándo pierde orina? (señale todo lo que le pasa a usted)
 1. Pierde orina antes de llegar al WC 0
 2. Pierde orina cuando tose o estornuda 0
 3. Pierde cuando duerme 0
 4. Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio 0
 5. Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido 0

BIBLIOGRAFÍA

1. Srigley J, Humphrey P, Amin M B, et al. Protocol for the examination of specimens from patients with carcinoma of prostate gland. AJCC/UICC TNM, / 7th ed.2011; 1-25
2. Epstein JI, Srigley J, Grignon D, Humphrey P. Recommendations for the reporting of prostate carcinoma. Hum Pathol.2007; 38 1305-1309
3. Bismar TA, Lewis JS, Jr, Vollmer RT, Humphrey P. Multiple measures of carcinoma extent versus perineural invasion in prostate needle biopsy tissue in prediction of pathologic stage in a screening population. Am J Surg Pathol. 2003; 27: 423-440
4. Vargas SO, Jirutek M, Welch MR, Nucci MR, D'Amico AV, Renshaw AA. Perineural invasion in prostate needle biopsy specimens: correlation With extraprostatic extension at resection. Am J Clin Pathol. 1999; 111:223-228
5. Amin M, Boccon –Gibod L, Egevad L et al. Prognostic and predictive factors and reporting of prostate carcinoma in prostate needle biopsy specimens. (2004 WHO-sponsored International Consultation Consensus). Scand J Urol Nephrol. 2004; 39(suppl): 20-33
6. Sehdev AE, Pan CC, Epstein JI. Comparative analysis of sampling methods for grossing radical prostatectomy specimens performed for nonpalpable (stage T1c) prostatic adenocarcinoma. Hum Pathol. 2001; 32: 494-499
7. Vollmer RT, Prostate cancer and chips specimens: complete versus partial sampling. Hum Pathol. 1986; 17: 285-290
8. Srigley J. Key issues in handling and reporting radical prostatectomy specimens. Arch Pathol Lab Med. 2006; 30: 303-317
9. Epstein JI, Amin M, Boccon-Gibod L et al. Prognostic factors and reporting of prostate carcinoma in radical prostatectomy and pelvic lymphadenectomy specimens. Scand J Urol Nephrol.2005; 216 (suppl): 34-63
10. Aydin H, Tsuzuki T, Hernandez D, Walsh PC, Partin AW, Epstein JI. Positive proximal (bladder neck) margin at radical prostatectomy confers greater risk of biochemical progression. Urology. 2004; 64: 551-555.
11. The management of stress urinary incontinence after radical prostatectomy. M. Peyromaure, V. Ravery and I. Boccon-Gibod. BJU International (2002); 90, 155–161
12. Nerve sparing open radical retropubic prostatectomy— does it have an impact on urinary continence? Burkhard FC, Kessler TM, Fleischmann A, et al. J Urol. 2006; 176:189-195.
13. Quality of Life and Satisfaction with Outcome among Prostate-Cancer Survivors. Martin G. Sanda, M.D., Rodney L. Dunn, M.S et al. N Engl J Med 2008;358:1250-61.
14. Postprostatectomy Incontinence: All About Diagnosis and Management. Bauer RM, et al. Eur Urol (2008), doi:10.1016/j.eururo.2008.10.029
15. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence (Review)) 2009. Hunter KF, Moore KN, Glazener. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
16. Incontinence in men. In: Guidelines on urinary incontinence. Schröder A, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, Hampel C, Neisius A, Tubaro

A, Thüroff JW. Guidelines on urinary incontinence. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology (EAU); 2009 Mar. p. 11-28. [174 references]

17. Behavioral therapy with or without biofeedback and pelvic electrical stimulation for persistent postprostatectomy incontinence: a randomized controlled trial. Goode PS, Burgio KL et Al. JAMA 2011; 305: 151-9

18. Preoperative pelvic floor muscle exercise for early continence after radical prostatectomy: a randomised controlled study. Centenero A, Rigatti L et Al. Eur Urol 2010; 57:1039-44.

19. Effectiveness of early pelvic floor rehabilitation treatment for post-prostatectomy incontinence. Filocamo MT, Li Marzi V et Al. Eur Urol 2005; 48:734-8

20. Early recovery of urinary continence after radical prostatectomy using early pelvic floor electrical stimulation and biofeedback associated treatment. Mariotti G, Sciarra A et Al. J Urol 2009; 181:1788-93

21. Pelvic Floor Electrical Stimulation for Postprostatectomy Urinary Incontinence: A Meta-Analysis. Yi-Ping Zhu, Xu-Dong et al. Urology 79 (3), 2012

22. Bolla M, van Poppel H, Collette L, et al. Postoperative radiotherapy after radical prostatectomy: a randomised controlled trial (EORTC trial 22911). Lancet 2005; 366: 572-78.

23. Bolla M, van Poppel H, Tombal B, et al. Postoperative radiotherapy after radical prostatectomy for high-risk prostate cancer: long-term results of a randomised controlled trial (EORTC trial 22911). Lancet 2012;380:2018-27.

24. Thompson IM Jr, Tangen CM, Paradelo J, et al. Adjuvant radiotherapy for pathologically advanced prostate cancer: a randomized clinical trial. JAMA, 2006 Nov 15;296(19):2329-35.

25. Thompson IM, Tangen CM, Paradelo J, et al. Adjuvant radiotherapy for pathological T3N0M0 prostate cancer significantly reduces risk of metastases and improves survival: long-term followup of a randomized clinical trial. J Urol, 2009 Mar;181(3):956-62.

26. Wiegel T, Bottke D, Steiner U, et al. Phase III Postoperative Adjuvant Radiotherapy After Radical Prostatectomy Compared With Radical Prostatectomy Alone in pT3 Prostate Cancer With Postoperative Undetectable Prostate-Specific Antigen: ARO 96-02/AUO AP 09/95. J Clin Oncol, 2009;27:2924-30.

27. Daly T, Hickey BE, Lehman M, Francis DP, See AM. Adjuvant radiotherapy following radical prostatectomy for prostate cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12, Art. No.: CD007234, DOI: 10.1002/14651858.CD007234.pub2.

28. King CR. The timing of salvage radiotherapy after radical prostatectomy: a systematic review. IJROBP 2012;84(1):104-11.

29. King C, Adjuvant Radiotherapy after Prostatectomy: does waiting for a detectable prostate-specific antigen level make sense? IJROBP 2011; 80(1):1-3,

30. Mengual JL et al, Tratamiento adyuvante y de rescate tras prostatectomía radical. Actas Urológicas Españolas, 2005, 29 (6):553-561.

