

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención y detección
temprana del
CÁNCER DE PRÓSTATA
en el primer nivel de atención

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-021-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE 10 C61 Tumor maligno de la próstata

GPC

Prevención y detección temprana del cáncer de próstata en el primer nivel de atención

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

El cáncer de próstata (CIE 10 C61 Tumor maligno de la próstata) es el crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio glandular que tiene capacidad de diseminarse.

FACTORES DE RIESGO

- Factores confirmados:
 - Antecedentes familiares*
 - Raza negra
 - Edad
- Factores en debate:
 - Alimentación
 - Conducta sexual
 - Consumo de alcohol
 - Exposición a radiaciones ultravioleta
 - Exposición ocupacional

* El cáncer de próstata familiar se presenta en el 9% de los pacientes confirmados; es definido cuando dos o más familiares afectados han desarrollado la enfermedad a edad temprana (antes de los 55 años). Los pacientes con cáncer de próstata hereditario usualmente lo presentan seis a siete años antes que aquellos con cáncer espontáneo.

PREVENCION PRIMARIA

- Se recomienda disminuir el consumo de grasas animales.
- La ingesta de jitomate se correlaciona con disminución del riesgo de cáncer de próstata.
- La ingesta de vitamina E, selenio, e isoflavonoides disminuye el riesgo de cáncer de próstata.

DETECCIÓN TEMPRANA

De acuerdo a los resultados del estudio PLCO (próstata, pulmón, colorectal y ovario) realizado en Estados Unidos, después de 7 a 10 años de seguimiento, la tasa de mortalidad por cáncer de próstata es muy baja y no difiere significativamente entre el grupo con y sin detección de cáncer de próstata. El ERSPC (Estudio Europeo Aleatorizado para la Detección de Cáncer de Próstata) en Europa, demostró que la detección basada en el APE reduce la tasa de mortalidad por cáncer de próstata en 20% pero se asocia con un elevado riesgo de sobre diagnóstico.

No se recomienda la realización de tamizaje de cáncer de próstata a población masculina asintomática entre 50 a 69 años de edad empleando la prueba de APE y el TR, debido a que se tiene evidencia de que no es efectivo en la reducción de la mortalidad por cáncer de próstata; a que su implantación representaría un elevado impacto presupuestal y a que se expondría a los pacientes a riesgos innecesarios.

Dada la importancia creciente de esta enfermedad para la población mexicana se recomienda estudiar la posibilidad de otros programas de sensibilización, prevención y detección oportuna del cáncer de próstata. Dichos programas deberán acompañarse de difusión de medidas de prevención y de promoción de conductas saludables entre la población en general.

La Sociedad Americana de Cáncer (ACS) y la Asociación Americana de Urología (AUA) recomiendan que los hombres con factores de riesgo alto para cáncer de próstata, como son historia familiar y raza negra, comiencen una detección temprana (APE y TR) antes de los 50 años. La AUA recomienda que sea a los 40 años, mientras que la ACS recomienda a los 45 años.

VENTAJAS DE LA DETECCIÓN TEMPRANA

Aunque la detección temprana no ha demostrado una disminución en la mortalidad por cáncer de próstata, la recomendación para practicarse el TR y la APE causó una migración de las etapas del cáncer de próstata en los Estados Unidos de Norteamérica, con un descenso de cáncer metastásico de 75% entre 1992 y 2002. Actualmente, el 70 a 80% de los cánceres de próstata son "órgano confinado".

TACTO RECTAL (TR)

La próstata está situada justo por delante del recto, por lo que puede ser palpada con tacto rectal. Ésta es una exploración en la que el médico, utilizando guantes y lubricante, introduce su dedo índice en el recto del paciente para percibir cualquier área dura, irregular o anormal en la próstata que pudiera significar cáncer. La mayoría de los cánceres se presentan en la parte posterior de esta glándula en forma de nódulos indoloros y pétreos. La prueba es indolora y breve.

ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (APE)

El APE es "órgano específico" pero no "cáncer específico"; puede elevarse en hiperplasia prostática benigna, prostatitis y otras condiciones no malignas, como lo son infecciones, eyaculación o manipulación prostática. El 70% de los cánceres se detectan empleando un punto de corte del APE mayor a 4 ng/ml.

ZONA GRIS DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO

Cuando el APE total se encuentra entre 4 y 10 ng/ml, la elevación puede ser por patología benigna o maligna, por lo que en estos rangos del APE se emplean diferentes variantes para sospechar la posibilidad de cáncer, entre las cuales se encuentran:

- Relación de APE fracción libre-total < 20%.
- Velocidad de APE > 0.75 ng/ml/año.

ULTRASONIDO TRANSRECTAL DE PRÓSTATA

El ultrasonido (USG) transrectal se recomienda sólo para dirigir las biopsias, no para ser el método de rutina.

- El USG transrectal tiene dos papeles en el diagnóstico del cáncer de próstata:
 1. Identificar lesiones sospechosas.
 2. Mejorar la certeza de la biopsia.
- La imagen clásica de una zona hipoecóica en la zona periférica valorada por ultrasonido transrectal de próstata no siempre se observa, de hecho 37.6% de los tumores son isoecóicos.

CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL

Son indicaciones de referencia:

- Tacto rectal con sospecha de cáncer.
- APE total >10ng/ml.
- APE entre 4 y 10 ng/ml con:
 - a) Relación de APE fracción libre- APE total < 20%.
 - b) Velocidad del APE > 0.75 ng/ml./año.

DIAGRAMA DE FLUJO 1. DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

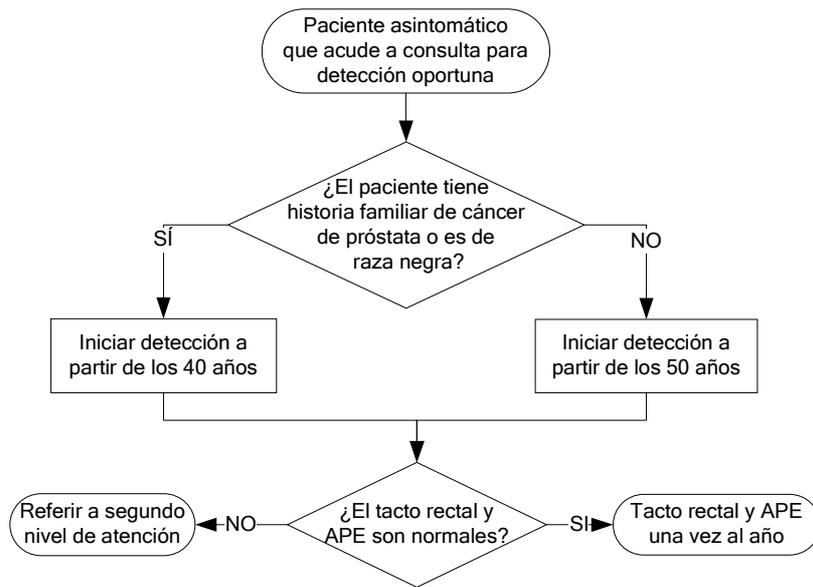


DIAGRAMA DE FLUJO 2. RESULTADOS DE DETECCIÓN OPORTUNA

