

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PERSONAS CON CÁNCER DE PRÓSTATA

NOVIEMBRE 2021

Grupo desarrollador Keralty

Equipo Temático

Dr. Daniel Rojas Castillo

Jefe Departamento de Urología
Clínica Universitaria Colombia

Dr. Luis Leonardo Rojas

Jefe Nacional de Oncología
Clínica Colsanitas

Dra. Catalina Villaquirán

Uróloga
Clínica Colsanitas

Equipo metodológico

Dra. Liliana Barrero Garzón

Médica Esp. Epidemiología Clínica
Centro de Evaluación de Evidencia para las
Decisiones en Salud
Instituto Global de Excelencia Clínica
Presidencia de Salud Keralty

Dr. Javier Gómez Ávila

Médico Familiar
Esp. Epidemiología clínica
Departamento de Oncología
Clínica Colsanitas

Conflicto de intereses

Los responsables de la elaboración de la presente guía declaran no tener ningún conflicto de interés con relación a los temas descritos en el documento.

Financiamiento

Este documento ha sido financiado por las empresas del Grupo Keralty en Colombia.

Citación

Este documento debe ser citado como: Guía de práctica clínica de diagnóstico y manejo de personas con cáncer de próstata. Keralty, noviembre 2021.

1. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de próstata es una de las neoplasias más frecuentes en hombres a escala mundial. En Colombia, el cáncer de próstata constituye la primera causa según incidencia y la segunda causa de mortalidad por cáncer en la población masculina. Se estiman, por diferentes fuentes, entre 6.500 y 8.000 casos nuevos de cáncer de próstata cada año, con una tasa ajustada por edad, que oscila entre 40,5 y 45,9 por cada 100.000 hombres. La enfermedad muestra una mayor incidencia en hombres mayores de 60 años, con un riesgo acumulado de tener cáncer de próstata antes de los 75 años de edad del 4,3% (1).

Es importante contar con una Guía de Práctica Clínica como herramienta de información, que defina estrategias que permitan orientar la toma de decisiones con base en la mejor evidencia disponible.

2. OBJETIVO

Brindar recomendaciones clínicas basadas en evidencia para el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de personas con sospecha o diagnóstico de cáncer de próstata.

3. POBLACIÓN OBJETO

Pacientes adultos con sospecha o diagnóstico de cáncer de próstata.

4. POBLACIÓN NO CUBIERTA EN LA GUÍA

Esta guía no incluye recomendaciones para pacientes con patologías benignas de la próstata.

5. USUARIOS DE LA GUÍA

Médicos generales, especialistas en urología, urología oncológica, oncología clínica, medicina familiar, medicina de urgencias, profesionales en enfermería general y oncológica, personal involucrado en la realización y/o interpretación de pruebas paraclínicas, personal en formación y demás

profesionales involucrados en la atención de pacientes con cáncer de próstata en los diferentes ámbitos de atención de la institución.

6. METODOLOGÍA

La presente guía se construyó con base en el *“Manual para la adopción de guías de práctica clínica basadas en evidencia del Instituto Global de Excelencia Clínica Keralty, 2020”*.

El equipo de trabajo estuvo conformado por un médico oncólogo clínico, dos médicos urólogos, y dos médicos epidemiólogos, uno de ellos del IGEC como asesor metodológico del proceso. El equipo realizó la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC) en los siguientes sitios: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Guidelines International Network (GIN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Ministerio de Salud de Chile, CENETEC México y en páginas web de Sociedades Científicas, utilizando los términos: *prostate, cancer* en inglés o español según la fuente consultada y limitando la búsqueda a los últimos tres años.

Se tomó como base la guía del Ministerio de Salud de Colombia, que se puede consultar en http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Convn500/GPC_cancer_prostata/gpc_cancer_prostata.aspx pero, ante la presencia de nueva evidencia se seleccionó la Guía de Cáncer de Próstata de la Asociación Europea de Urología (2), para actualizar y mantener vigentes las recomendaciones clínicas para la práctica en la institución.

La calificación de calidad de la guía europea fue >60% en los dominios 3 y 6 del instrumento AGREE II. Se utilizaron los niveles de evidencia y grados de recomendación de la guía seleccionada, sin ninguna modificación.

Los expertos clínicos realizaron la lectura y selección de recomendaciones, las cuales fueron transcritas a este documento, previo análisis de contexto y sin cambiar el sentido de las recomendaciones.

7. RECOMENDACIONES CLÍNICAS

¿Cuál es la definición del cáncer de próstata?

El cáncer de próstata es el crecimiento anormal de las células de la glándula prostática que además tienen la capacidad de invadir otros órganos. Es un tumor que nace del epitelio acinar y/o ductal de la próstata que puede variar considerablemente en su diferenciación glandular, anaplasia y comportamiento.

¿Qué se recomienda para reducir el riesgo de cáncer de próstata en la población general?

Resumen de evidencia
El cáncer de próstata (CaP) es un problema de salud importante en los hombres, cuya incidencia depende principalmente de la edad.
Los factores genéticos están asociados con el riesgo de CaP (agresivo).
Una variedad de factores ambientales / exógenos pueden tener un impacto en la incidencia de CaP y el riesgo de progresión.
Los suplementos de selenio o vitamina E no tienen ningún efecto beneficioso en la prevención del CaP.
En los hombres con hipogonadismo, los suplementos de testosterona no aumentan el riesgo de CaP.

Recomendación	Grado recomendación
No se recomiendan medidas preventivas o dietéticas específicas para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de próstata.	Débil

¿Cuál sistema de clasificación y estadificación utilizar en personas con cáncer de próstata?

Recomendaciones	Grado recomendación
Utilice la clasificación de	Fuerte

tumores, ganglios y metástasis (TNM) para la estadificación del Cáncer de próstata (CaP)	
Utilice el sistema de la Sociedad Internacional de Patología Urológica (ISUP) de 2014 para la clasificación del CaP.	Fuerte

¿Qué estrategias de tamización utilizar en personas en riesgo de sufrir cáncer de próstata?

Recomendaciones	NE	Grado recomendación
No realice tamización con PSA, sin antes explicar los potenciales riesgos y beneficios del mismo.	3	Fuerte
Ofrezca estrategias de detección temprana de forma individualizada, adaptadas al riesgo, en hombres con expectativa de vida de al menos 10 a 15 años.	3	Débil
Ofrezca realizar PSA tempranamente a pacientes bien informados con alto riesgo de CaP: Hombres > de 50 años. Hombres > de 45 años con antecedente familiar. o afrodescendientes. Hombres con mutación de BRCA2 > de 40 años de edad.	2b	Fuerte
Ofrezca estrategias adaptadas al riesgo (basadas en el nivel del PSA inicial), con intervalos de seguimiento de 2 años para aquellos en riesgo inicial: Hombres con nivel de PSA > 1 a los 40 años de edad.	3	Débil

Hombres con PSA > 2 a los 60 años de edad. Intervalos de seguimiento cada 8 años para aquellos que no presentan riesgo inicial.		
Detenga el diagnóstico temprano de CaP, basado en la expectativa de vida y el estado funcional; los hombres con expectativa de vida de menos de 15 años son poco probables de tener algún beneficio.	3	Fuerte

¿En qué pacientes realizar evaluación de riesgo?

Recomendaciones	Grado recomendación
Para evitar biopsias innecesarias, ofrecer evaluación de riesgo a hombres asintomáticos con tacto rectal normal y antígeno prostático específico entre 2-10 ng/ml previo a realizar biopsia de próstata. Utilice las siguientes herramientas: Calculadora de riesgo Imágenes	Fuerte
Estudios adicionales de laboratorio séricos o en orina	Débil

¿Qué imágenes están indicadas para la detección de personas con cáncer de próstata?

Declaración introductoria	NE
Biopsia sistemática es una estrategia aceptable en caso que no se cuente con resonancia nuclear magnética multiparamétrica (RNMmp) de próstata.	3

Recomendaciones	NE	Grado recomendación
No usar la RNMmp de próstata como una herramienta de	3	Fuerte

tamización inicial.		
Se debe adherir a las guías de PI-RADS para la realización, interpretación y evaluación de los resultados RNMmp en una reunión multidisciplinaria con retroalimentación de los resultados de patología.	3	Fuerte

Recomendaciones para los pacientes sin biopsia de próstata previa	NE	Grado recomendación
Realizar RNMmp antes de la biopsia.	1 a	Fuerte
Cuando la RNMmp es positiva (ej. PI-RADS \geq 3), combinar biopsia sistemática y dirigida.	2 a	Fuerte
Cuando la RNMmp es negativa (ej. PI-RADS \leq 2) y la sospecha clínica de cáncer de próstata es baja, se puede omitir la biopsia de próstata basado en una decisión conjunta con el paciente.	2 a	Débil

Recomendaciones en pacientes con biopsia de próstata previa negativa	NE	Grado recomendación
Realizar RNMmp antes de la biopsia de próstata.	1 a	Fuerte
Cuando la RNMmp es positiva (ej. PI-RADS \geq 3), realizar biopsia de próstata dirigida solamente.	2 a	Débil
Cuando la RNMmp es negativa (ej. PI-RADS \leq 2) y la sospecha clínica de cáncer de próstata es alta, realizar biopsia sistemática basado en una decisión conjunta con el paciente.	2 a	Fuerte

¿Cuál es la terminología recomendada para el reporte de biopsia de próstata?

Terminología recomendada	Grado recomendación
Benigno / Negativo para malignidad; si es apropiado, incluya una descripción.	Fuerte
Inflamación activa.	
Inflamación granulomatosa.	
Neoplasia intraepitelial prostática de alto grado (PIN).	
PIN de alto grado con glándulas atípicas, sospechosas de adenocarcinoma (PINATYP).	
Foco de glándulas atípicas / lesión sospechosa de adenocarcinoma / proliferación acinar pequeña atípica, sospechosa de cáncer.	
Adenocarcinoma.	
Carcinoma intraductal.	

¿Cuál es la guía para el procesamiento de especímenes de prostatectomía?

Recomendaciones	NE	Grado recomendación
Asegurar la integración total, mediante seccionamiento convencional (cuadrante) o de montaje completo.	3	Fuerte
Realizar la tinción de toda la superficie antes de cortar, para evaluar el margen quirúrgico.	3	Fuerte
Examinar el ápex y la base por separado, utilizando el método del cono con corte sagital o radial.	3	Fuerte

¿Cuál es la guía para el diagnóstico clínico del cáncer

de próstata?

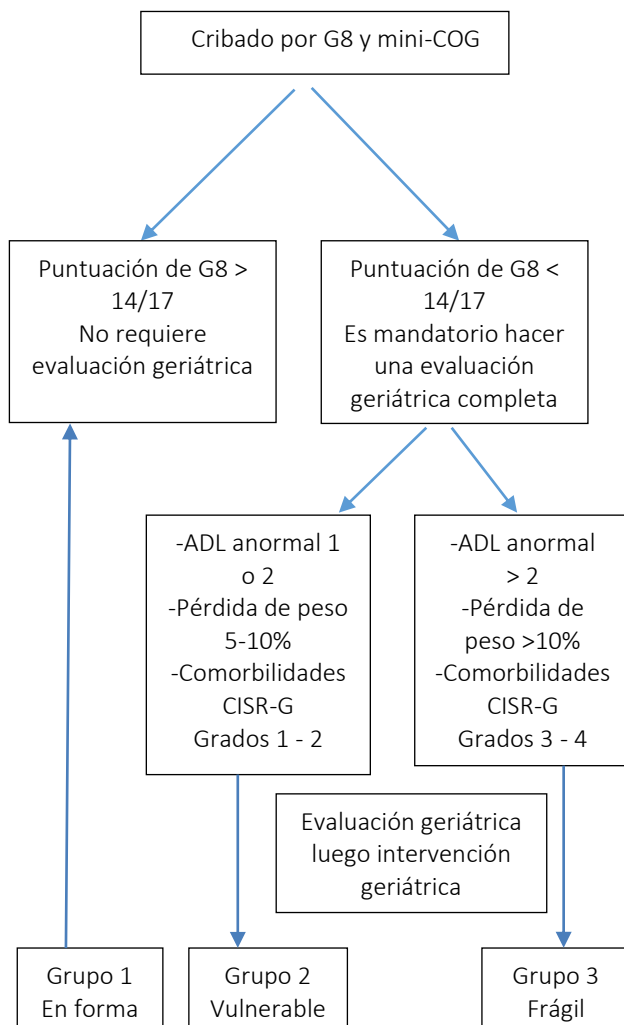
Recomendaciones	NE	Grado recomendación
Realizar biopsias transrectales de próstata con aguja bajo cubrimiento antibiótico.	1b	Fuerte
Utilice un anestésico local para infiltración periprostática para biopsias con aguja de próstata.	1a	Fuerte
No ofrezca toma de muestras no dirigidas de la zona transicional en las biopsias iniciales debido a las bajas tasas de detección.	2b	Débil
Asegúrese de que los fragmentos de las biopsias de los diferentes sitios de la próstata se envíen por separado para su procesamiento e informe de patología.	3	Fuerte

¿Cuál es la guía para la estadificación del cáncer de próstata?

Cualquier estadificación de grupos de riesgo	NE	Grado recomendación
Uso de la RNMmp antes de la biopsia para obtener información sobre la estadificación local.	2a	Débil
Enfermedad de bajo riesgo localizada		
No utilice imágenes adicionales para fines de estadificación.	2a	Fuerte
Enfermedad de riesgo intermedio		
En ISUP grado > 3, incluya al menos imágenes abdominopélvicas y una	2a	Débil

gammagrafía ósea para detección de metástasis.		
Enfermedad de alto riesgo localizada/localmente avanzada		
Realice exámenes de detección de metástasis que incluya al menos imágenes abdominopélvicas y una gammagrafía ósea.	2ª	Fuerte

FIGURA 1. Árbol de decisión para el cribado del estado de salud (hombres >70 años)



Mini-COG = Mini-COG test cognitivo; ADLs = Actividades de la vida diaria; CISR-G= puntaje para calificación de enfermedad acumulada – Geriátrica; CGA = Asesoramiento geriátrico integral.

*Para Mini-COG, un punto de corte de <3/5 indica referir al paciente a una evaluación completa por potencial demencia

Guía para evaluación del estado de salud y expectativa de vida

Recomendaciones	Grado recomendación
Utilice la expectativa de vida individual, estado de salud y comorbilidades en el manejo de pacientes con CaP	Fuerte
Utilice G8 y mini COG como herramientas de tamización para el estado de salud	Fuerte
Solicite evaluación por geriatría en pacientes con puntaje G8 < 14	Fuerte
Considere tratamiento estándar en pacientes vulnerables con alteraciones reversibles (posterior a resolución de problemas geriátricos) similares a pacientes en buena condición, si la expectativa de vida es > de 10 años	Débil
Ofrezca tratamiento adaptado al paciente en caso de alteración irreversible	Débil
Ofrezca manejo sintomático dirigido a pacientes frágiles	Fuerte

Guía general para tratamiento activo

Recomendaciones	Grado recomendación
Informar a los pacientes que ninguna modalidad de tratamiento activo ha mostrado superioridad sobre cualquier otra opción de manejo o tratamiento activos diferido en términos de supervivencia global y supervivencia cáncer-específica para la enfermedad	Fuerte

clínicamente localizada.	
Ofrecer una política de observación vigilante a pacientes asintomáticos con una esperanza de vida <10 años (basado en comorbilidades).	Fuerte
Informar a todos los pacientes que todos los tratamientos activos tienen efectos secundarios.	Fuerte
Tratamiento quirúrgico	
Informar a los pacientes que ningún abordaje quirúrgico (abierto, laparoscópico o laparoscópico asistido por robot) ha mostrado una clara superioridad en términos de resultados funcionales u oncológicos.	Débil
Cuando se considere necesaria una disección de ganglios linfáticos pélvicos (LDP), realice una LDP siguiendo una plantilla ampliada para una estadificación óptima.	Fuerte
No realice una cirugía para preservar los nervios cuando exista riesgo de extensión extracapsular ipsilateral (basada en estadio clínico cT, grado ISUP, nomograma, imágenes de RNMmp).	Débil
No se debe ofrecer bloqueo androgénico neoadyuvante antes de la cirugía.	Fuerte
Radioterapia	
Ofrecer radioterapia de intensidad modulada (IMRT) o haz externo de arco volumétrico (VMAT) para el tratamiento definitivo del Cáncer de Próstata mediante radioterapia de haz externo.	Fuerte
Ofrecer un hipofraccionamiento moderado con IMRT / VMAT, incluida la radioterapia de próstata guiada por imágenes,	Fuerte

a pacientes cuidadosamente seleccionados con enfermedad localizada.	
Asegúrese de que el tratamiento con hipofraccionamiento moderado se adhiera a los protocolos de radioterapia de los ensayos con resultados equivalentes y toxicidad, es decir, 60 Gy / 20 fracciones en 4 semanas o 70 Gy / 28 fracciones en 6 semanas.	Fuerte
Opciones de tratamiento activo diferentes a la cirugía y la radioterapia	
Ofrezca crioterapia y ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU) solo en el marco de un ensayo clínico o estudio de cohorte prospectivo bien diseñado.	Fuerte
Ofrezca terapia focal solo dentro de un entorno de ensayo clínico o un estudio de cohorte prospectiva bien diseñada.	Fuerte

Guía para tratamiento de enfermedad de bajo riesgo

Recomendaciones	Grado recomendación
Vigilancia activa (VA)	
Ofrezca VA a pacientes con una esperanza de vida > 10 años y enfermedad de bajo riesgo o muy bajo riesgo.	Fuerte
Si un paciente ha tenido una resonancia magnética multiparamétrica inicial (RNMmp) seguida de biopsias sistemáticas y dirigidas, no es necesario realizar biopsias de confirmación.	Débil
Los pacientes con histología intraductal y cribiforme en la biopsia deben excluirse de la VA.	Fuerte

Si es necesario, realice RNMmp antes de una biopsia confirmatoria.	Fuerte
Tome tanto una biopsia dirigida (de cualquier lesión PI-RADS > 3) como una biopsia sistemática si se realiza una biopsia confirmatoria.	Fuerte
Realice una evaluación del antígeno prostático específico (PSA) sérico cada 6 meses.	Fuerte
Realice un examen rectal digital cada 12 meses.	Fuerte
Se debe realizar una biopsia repetida si hay evidencia de progresión del PSA, progresión clínica en el tacto rectal o progresión radiológica en la RNMmp.	Fuerte
Durante el seguimiento, si RNMmp es negativo (es decir, PI-RADS <2) y la sospecha clínica de progresión del cáncer de próstata es baja (p. Ej., Baja velocidad del PSA, tiempo prolongado de duplicación del PSA), omita la biopsia basándose en la toma de decisiones compartida con el paciente.	Débil
Aconsejar a los pacientes sobre la posibilidad de necesitar tratamiento adicional en el futuro.	Fuerte
Tratamiento activo	
Ofrezca cirugía y radioterapia como alternativas a la VA a los pacientes aptos para dichos tratamientos y que acepten un compromiso entre la toxicidad y la prevención de la progresión de la enfermedad.	Débil
Disección de ganglios linfáticos pélvicos (LDP)	
No realice un LDP (riesgo estimado para pN + <5%) según los resultados en normogramas.	Fuerte
Tratamiento radioterapéutico	

Ofrezca braquiterapia de baja tasa de dosis a pacientes con de bajo riesgo, sin resección transuretral previa de la próstata, con una buena puntuación internacional de síntomas prostáticos y un volumen prostático <50 ml.	Fuerte
Utilice radioterapia de intensidad modulada con una dosis total de 74-80 Gy o hipofraccionamiento moderado (60 Gy / 20 fx en 4 semanas o 70 Gy / 28 fx en 6 semanas), sin terapia de privación de andrógenos.	Fuerte
Otras opciones terapéuticas	
Solo ofrezca tratamiento de ablativo total (como crioterapia, ultrasonido focalizado de alta intensidad, etc.) o tratamiento focal dentro de un entorno de ensayo clínico o estudio de cohorte prospectivo bien diseñado.	Fuerte

Guía para tratamiento de enfermedad de riesgo intermedio

Recomendaciones	Grado recomendación
Vigilancia activa (VA)	
Ofrecer VA a pacientes muy seleccionados (< 10% de patrón 4), aceptando el riesgo potencial de metástasis.	Débil
Prostatectomía radical (PR)	
Ofrecer PR a pacientes de riesgo intermedio y expectativa de vida mayor de 10 años.	Fuerte
Ofrecer cirugía preservadora de bandeletas a pacientes con bajo riesgo de enfermedad extracapsular.	Fuerte
Linfadenectomía pélvica	
Realizar linfadenectomía pélvica ampliada si el riesgo de	Fuerte

compromiso ganglionar es mayor del 5%,	
Radioterapia	
Ofrecer braquiterapia de baja tasa a pacientes seleccionados; pacientes sin resección transuretral de próstata, con una buena puntuación internacional de síntomas prostáticos y un volumen prostático menor de 50ml,	Fuerte
Para radioterapia externa, usar una dosis de 76-78 Gy o hipofraccionamiento moderado (60Gy/ 20 fracciones en 4 semanas o 70 Gy / 28 fracciones en 6 semanas), en combinación con terapia de privación androgénica neo y concomitante (4-6 meses)	Fuerte
En pacientes que no estén dispuestos a recibir terapia de privación androgénica, dar una dosis mayor de radioterapia externa (76-80Gy) o combinación con braquiterapia.	Débil
Otras opciones terapéuticas	
Solo ofrecer terapia ablativa focal o total para pacientes de riesgo intermedio dentro de un experimento clínico o un estudio de cohorte prospectiva bien diseñado.	Fuerte
No ofrecer terapia de privación androgénica como monoterapia a pacientes de riesgo intermedio, asintomáticos, no candidatos para recibir cualquier tratamiento local.	Débil

Guía para el tratamiento radical de la enfermedad localizada de alto riesgo

Recomendaciones	Grado recomendación
Prostatectomía radical (PR)	
Ofrezca PR a pacientes	Fuerte

seleccionados con CaP localizado de alto riesgo, como parte de una posible terapia multimodal.	
Linfadenectomía ampliada de ganglios linfáticos pélvicos	
Realice linfadenectomía pélvica ampliada en CaP de alto riesgo.	Fuerte
No realice biopsia por congelación a los ganglios durante la PR para decidir si continúa o abandona el procedimiento.	Fuerte
Radioterapia	
En pacientes con enfermedad localizada de alto riesgo, use radioterapia externa con 76-78 Gy en combinación con terapia de privación androgénica a largo plazo (2 a 3 años).	Fuerte
En pacientes con enfermedad localizada de alto riesgo, utilice radioterapia con refuerzo de braquiterapia (ya sea con una tasa de dosis alta o con una tasa de dosis baja), en combinación con privación androgénica a largo plazo (2 a 3 años).	Débil
Opciones terapéuticas aparte de la cirugía y la radioterapia	
No ofrezca terapia ablativa focal o total a pacientes de alto riesgo.	Fuerte
No utilice privación androgénica como monoterapia en pacientes asintomáticos.	Fuerte

Guía para el tratamiento radical de la enfermedad localmente avanzada

Recomendaciones	Grado recomendación
Prostatectomía Radical (PR)	
Ofrezca PR a pacientes muy seleccionados con cT3b-T4 N0	Fuerte

o cualquier cN1 solo como parte de la terapia multimodal.	
Linfadenectomía pélvica	
Realice linfadenectomía pélvica ampliada en CaP de alto riesgo.	Fuerte
Radioterapia	
En pacientes con enfermedad localmente avanzada cN0, ofrezca radioterapia en combinación con terapia de privación de andrógenos a largo plazo.	Fuerte
Ofrezca terapia de privación androgénica a largo plazo durante al menos dos años.	Débil
Opciones terapéuticas además de cirugía y radioterapia	
No ofrezca tratamiento de toda la glándula o tratamiento focal a pacientes de alto riesgo.	Fuerte
Ofrezca monoterapia con terapia de privación androgénica solo a aquellos pacientes que no deseen o no puedan recibir ningún tipo de tratamiento local si tienen un tiempo de duplicación del antígeno prostático específico (PSA) <12 meses, PSA > 50 ng/mL, un tumor pobremente diferenciado o síntomas molestos relacionados con enfermedad local.	Fuerte
Ofrezca a los pacientes con enfermedad cN1 un tratamiento local (ya sea PR o radioterapia) más privación androgénica a largo plazo.	Débil

Guía de tratamiento adyuvante posterior a prostatectomía radical

Recomendaciones	Grado recomendación
-----------------	---------------------

No formule privación androgénica adyuvante en pacientes sin compromiso ganglionar.	Fuerte
Ofrezca radioterapia externa al campo quirúrgico en pacientes altamente seleccionados.	Fuerte
Discuta 3 opciones de manejo en pacientes con evidencia de compromiso ganglionar posterior a linfadenectomía pélvica ampliada basándose en las características del compromiso ganglionar: Ofrezca privación androgénica adyuvante. Ofrezca privación androgénica adyuvantes con radioterapia. Ofrezca observación (manejo expectante) a pacientes posterior a linfadenectomía pélvica ampliada y compromiso ganglionar microscópico menor a 2 ganglios, PSA <0.1ng/ml y ausencia de extensión extranodal.	Débil

Guía para el tratamiento no curativo o paliativo en cáncer de próstata

Recomendaciones	NE	Grado recomendación
Observación vigilante para cáncer de próstata localizado		
Ofrezca observación vigilante a pacientes asintomáticos no elegibles para tratamiento curativo local y aquellos con expectativa de vida corta	1b	Fuerte
Observación vigilante para cáncer de próstata localmente avanzado		
Ofrezca la política de un tratamiento diferido usando privación androgénica en	1b	Débil

monoterapia a pacientes asintomáticos MO con un tiempo de duplicación de PSA >12 meses, un PSA < 50 ng/ml y un tumor bien diferenciado, quienes sean reacios o incapaces para recibir cualquier forma de tratamiento local		
--	--	--

Recomendaciones para el manejo de persistencia de PSA posterior a Prostatectomía Radical

Recomendaciones	Grado recomendación
Ofrecer una tomografía por emisión de positrones con antígeno de membrana específico de la próstata (PET PSMA) a hombres con un PSA persistente > 0,2 ng / ml para excluir enfermedad metastásica.	Débil
Trate a los hombres sin evidencia de enfermedad metastásica con radioterapia de salvamento y terapia hormonal.	Débil

Guía de imágenes en pacientes con recurrencia bioquímica

Recurrencia del antígeno prostático específico (PSA) después de prostatectomía radical	Grado recomendación
Realizar tomografía por emisión de positrones de antígeno de membrana específico de la próstata, si el nivel de PSA es > 0,2 ng / ml y si los resultados influirán en las decisiones de tratamiento posteriores.	Débil
En caso que el PET PSMA no esté disponible y el nivel de PSA	Débil

sea > 1 ng / ml, realice una PET / CT con fluciclovina o una PET / CT con colina si los resultados influirán en las decisiones de tratamiento posteriores.	
Recurrencia de PSA después de radioterapia	
Realice imágenes de resonancia magnética multiparamétrica de próstata para localizar áreas anormales y guiar biopsias en pacientes aptos para terapia de rescate local.	Débil
Realice PET PSMA (si está disponible) o PET / CT con fluciclovina o PET / CT con colina en pacientes aptos para un tratamiento de rescate curativo.	Fuerte

Guía de terapia en recaída después de tratamiento con intención curativa

Terapia local de salvamento	Grado recomendación
Recomendaciones para recaída bioquímica posterior a prostatectomía radical	
Ofrecer monitoria del antígeno prostático (PSA) a los pacientes con características de bajo riesgo en la recaída que pudieran no beneficiarse de intervención.	Débil
Ofrecer radioterapia de salvamento a los pacientes con recaída bioquímica. Una vez se toma la decisión de realizarla, se debe administrar (al menos 66Gy) lo antes posible.	Fuerte
Ofrecer terapia hormonal con radioterapia de salvamento a los pacientes con recaída bioquímica.	Débil
Recomendaciones para recaída bioquímica posterior a radioterapia	
Tratar con radioterapia de	Débil

salvamento a pacientes altamente seleccionados con cáncer de próstata localizado y recurrencia histológicamente confirmada.	
La prostatectomía radical de salvamento se debe realizar solamente en centros de alta experiencia.	Débil
Ofrecer crioterapia, ultrasonido de alta intensidad o braquiterapia de salvamento a pacientes con recaída local confirmada, en el contexto de un experimento clínico o un estudio de cohorte prospectiva bien diseñado.	Fuerte
Recomendaciones para tratamiento sistémico de salvamento	
No ofrecer terapia de privación androgénica a pacientes M0 con tiempo de duplicación del PSA mayor de 12 meses.	Fuerte

Guía para el tratamiento de primera línea en enfermedad metastásica

Recomendaciones	Grado recomendación
Dar terapia de privación androgénica (TDA) para paliar los síntomas y reducir el riesgo de secuelas importantes producidas por la enfermedad avanzada (compresión medular, obstrucción uretral y fracturas patológicas), en pacientes con enfermedad metastásica M1 sintomática.	Fuerte
Dar antagonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH), especialmente en pacientes con inminencia de compresión medular u obstrucción vesical.	Débil
Hacer cirugía o radioterapia local	Fuerte

a cualquier paciente con enfermedad metastásica M1, e inminencia de complicaciones como compresión medular o fractura patológica.	
Dar tratamiento sistémico inmediato para los pacientes asintomáticos con enfermedad metastásica M1.	Débil
Dar TDA diferida en enfermedad metastásica M1 asintomática, en pacientes bien informados y monitoreados de cerca, ya que esto disminuye los efectos secundarios del tratamiento.	Débil
Administrar a corto plazo un antagonista del receptor de andrógenos (RA) de una generación anterior (bicalutamida), en los pacientes con metástasis M1 en quienes se inicia un agonista LHRH, para reducir el riesgo de recrudescimiento (flare-up).	Débil
No usar monoterapia con antagonista del receptor de andrógenos, en pacientes con metástasis M1.	Fuerte
Dar TDA en combinación con quimioterapia (docetaxel) en pacientes que debutan con enfermedad metastásica M1 y están en buenas condiciones para tolerar el taxano.	Fuerte
En pacientes que debutan con enfermedad metastásica M1 y que están en buenas condiciones, dar prednisona + abiraterona, o apalutamida o enzalutamida.	Fuerte
Dar TDA en combinación con radioterapia, para pacientes que debutan con metástasis M1 y tienen un volumen de enfermedad bajo, de acuerdo con	Fuerte

los criterios CHAARTED.	
No dar TDA combinada con cualquier tratamiento local (cirugía o radioterapia), en pacientes con enfermedad metastásica M1 de alto volumen definida según los criterios CHAARTED, fuera del contexto de un experimento clínico, excepto si la intención es controlar los síntomas.	Fuerte

Resumen de evidencia y guía para el tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración

Recomendaciones	Grado recomendación
Asegúrese de que los niveles de testosterona estén por debajo de 50 ng/dl, antes de hacer el diagnóstico de cáncer de próstata resistente a la castración (CPRC).	Fuerte
Aconseje, maneje y trate a los pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CPRCm) al interior de un equipo multidisciplinario.	Fuerte
Trate a los pacientes con CPRCm con agentes que incrementen la supervivencia global (SG). Para seleccionar la terapia de primera línea, tenga en cuentas las siguientes consideraciones: estado funcional, sintomatología, comorbilidades, localización y extensión de la enfermedad, preferencias del paciente, así como el tratamiento previo que ha recibido, en enfermedad hormonosensible. En orden alfabético, las opciones son: abiraterona, cabazitaxel, docetaxel, enzalutamida, radio-223.	Fuerte

Guía para el tratamiento citotóxico en cáncer de próstata resistente a la castración

Recomendaciones	Grado recomendación
En pacientes con CPRCm candidatos a terapia citotóxica, dar docetaxel 75 mg/m ² cada tres semanas.	Fuerte
En pacientes con CPRCm que progresan después del docetaxel, dar tratamiento con terapias que incrementen la SG. Las opciones incluyen abiraterona, cabazitaxel, enzalutamida y radio-223.	Fuerte
Para las decisiones terapéuticas tenga en cuenta el estado funcional, la respuesta al tratamiento previo, los síntomas y comorbilidades, así como la extensión de la enfermedad y las preferencias del paciente.	Fuerte
Dar cabazitaxel a los pacientes previamente tratados con docetaxel y que progresan dentro de los doce meses siguientes al inicio de la terapia con abiraterona o enzalutamida.	Fuerte

Guía para el manejo de soporte. (Estas recomendaciones son adicionales a la terapia sistémica apropiada)

Recomendaciones	Grado recomendación
Dar agentes protectores óseos a los pacientes con CPRCm y metástasis esqueléticas para prevenir complicaciones a este nivel.	Fuerte
Monitorear la calcemia y dar suplementación de calcio y	Fuerte

vitamina D, cuando se prescriba denosumab o bifosfonatos.	
Tratar las metástasis óseas dolorosas de forma temprana, con medidas paliativas como el uso de radioterapia y analgésicos.	Fuerte
En pacientes con compresión medular, iniciar de forma inmediata corticosteroides en altas dosis y evaluar posible cirugía espinal seguida de radioterapia. La radioterapia sola no es adecuada.	Fuerte

Guía para cáncer de próstata no metastásico resistente a la castración

Recomendaciones	Grado recomendación
Ofrecer tratamiento con apalutamida o enzalutamida a pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico y alto riesgo de desarrollar metástasis (Tiempo de doblaje de PSA < 10 meses)	Fuerte

8. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Está indicada la hospitalización en todo paciente con:

- Hipercalcemia maligna
- Síndrome de compresión medular
- Neutropenia Febril
- Obstrucción urinaria con compromiso de la función renal.
- Documentación de efecto adverso serio asociado a tratamiento (definido como evento adverso grado 3 o mayor de acuerdo a la clasificación Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) disponible en: https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm

9. CRITERIOS DE EGRESO HOSPITALARIO

Los pacientes en posoperatorio de prostatectomía radical deben cumplir con los siguientes criterios de egreso hospitalario:

- Tolerancia de la vía oral
- Control del dolor
- Retiro efectivo de drenajes
- Dar salida con sonda uretral.

En pacientes con enfermedad avanzada los criterios de egreso los definirá el Urólogo de manera individualizada conforme al estado de cada paciente.

10. RECOMENDACIONES PARA PACIENTES Y CUIDADORES

Dar instrucciones a los pacientes y cuidadores sobre:

- Los cuidados y manejo de la sonda uretral.
- Recomendaciones sobre la toma estricta de medicamentos.
- Signos de alarma y signos de infección como fiebre, secreción en el sitio de la herida, enrojecimiento de la herida.
- Cuándo y dónde reclamar los resultados de la Patología.
- La asistencia al control médico con los resultados de la patología

Se recomienda a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata:

- Suspensión del consumo de tabaco
- Consumir una dieta saludable, rica en vegetales, frutas y granos.
- Mantenerse físicamente activo.
- Mantener un peso saludable.
- Limitar el consumo de alcohol.
- Limitar el consumo de carnes rojas procesadas.
- Protegerse del sol.
- Acudir regularmente a sus controles médicos.

Se recomienda acudir por urgencias en caso de presentar:

- Fiebre, documentada como una temperatura mayor a 38 grados.
- Alteración del estado de conciencia, convulsiones o movimientos anormales, dificultad para la movilización de alguna extremidad.

11. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud – Colciencias. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. Versión completa, Colombia, 2013. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_cancer_prostata/gpc_cancer_prostata.aspx
2. European Association of Urology. Guidelines on Prostate cancer. 2020. Available at: <https://uroweb.org/individual-guidelines/oncology-guidelines/>