

# CA. PROSTATA: BASICOS EN DIAGNOSTICO

## EPIDEMIOLOGÍA

15% de todos los cánceres  
2º cáncer más comúnmente diagnosticado en hombres  
Mortalidad generalmente mayor en hombres de ascendencia africana

## GRADOS Y ESTADIOS

**PUNTUACIÓN GLEASON (GS):** es la suma del patrón histológico predominante (primario) y el secundario

Gleason	Grado ISUP
2-6	1
7 (3+4)	2
7 (4+3)	3
8 (4+4, 3+5, 5+3)	4
9-10	5

### Grupos de riesgo EAU para recurrencia bioquímica de CaP localizado y localmente avanzado\*

- Bajo riesgo: PSA < 10 ng/mL y GS < 7 y cT1-2a
  - Riesgo intermedio: PSA 10-20 ng/mL ó GS 7 ó cT2b
  - Alto riesgo: PSA > 20 ng/mL ó GS > 7 ó cT2c
- Cualquier PSA y GS cT3-4 cN+\*

## ETIOLOGÍA

- ANTECEDENTES FAMILIARES/GENÉTICA: Los factores genéticos se asocian con riesgo de CaP (y más agresivo)
- Diferentes factores exógenos/ambientales puede tener un impacto en la incidencia de CaP y riesgo de progresión
- No se recomiendan medidas preventivas o dietéticas específicas para reducir el riesgo de desarrollar un cáncer de próstata (Estudios PCPT, REDUCE y Select)

## DIAGNÓSTICO

- PSA (Antígeno prostático específico): órgano, pero no cáncer específico

DERIVADOS DE PSA [EAU guidelines 2021]	
Densidad de PSA (PSAD) PSA total (ng/ml) dividido por volumen de próstata (cc)	Cuanto + alto mayor probabilidad de CaP-cs (clínico. Significativo) PSAD < 0,15 → < 10% de CaP cs si PIRDAS 1-2 PSAD < 0,15 Criterio importante para seleccionar pacientes para VA
Velocidad de PSA (PSAV) Aumento anual absoluto de PSA (ng/mL/año)	Valor pronóstico y predictivo Dudas acerca su utilidad en comparación con PSA solo Puntos de corte variables
Tiempo de duplicación de PSA (PSA-DT) Duración (meses) necesario para que el nivel de PSA se duplique	
Relación PSA libre/total (f/t PSA) PSA libre (ng/mL) dividido por PSA total (ng/mL)	Si PSA 4-10 ng/mL: f/t PSA < 0,10 → 56% de PCa en biopsia f/t PSA > 0,25 → 8% de PCa en biopsia Valor clínico limitado

Una elevación de PSA por sí sola no debe provocar biopsia inmediata: debe ser verificada!  
No tratar un ascenso de PSA con antibióticos a menos que se confirme una infección de orina.

- TACTO RECTAL: Si anormal: indicación de biopsia

Un TR anormal se asocia con un mayor riesgo de cáncer de mayor grado ISUP

-PRUEBAS EN ORINA: PCA3 / SelectMDX/ MiPS/ ExoDX

- PRUEBAS EN SANGRE: 4K, PHI

-BIOPSIA DE PRÓSTATA: Biopsia guiada por US: GOLD STANDARD. transrectal o transperineal

\*Un meta-análisis de 7 estudios con 1.330 pacientes mostró una reducción significativa de las complicaciones infecciosas en los pacientes con biopsia transperineal en comparación con la transrectal

Perform prostate biopsy using the transperineal approach due to the lower risk of infectious complications.	Strong	EAU
---	--------	-----

## RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA (RMmp):

-Las biopsias dirigidas por imágenes de RM mejoran sustancialmente la detección de CaP con grados ISUP > 2, más notable en biopsia repetidas

-Menos marcado en pacientes sin Bx previa, en los que la biopsia sistemática conserva mayor valor

-RMmp disminuye el número de procedimientos de biopsia y la detección de CaP de bajo grado, aumentando la del CaP clínicamente significativo.

**PRECISION:** 500 pacientes sin Bx previa. La tasa de detección de Ca de grado>2 de la ISUP fue significativamente mayor en los hombres asignados a la Bx-RM (38%) que en los asignados a la biopsia sistemática (26%) (p = 0,005, ratio 1,46)

**MRI-FIRST:** 251 pacientes sin Bx previa. La Bx-RM detectó un número signif. mayor de Ca grado ISUP>3 que la biopsia sistemática (19,9% frente a 15,1% p = 0,0095; ratio: 1,32).

**Met Prostaat MRI Meer Mans (4M):** 626 pacientes sin Bx previa. Ratio de detección de Ca grado ISUP>2 de 1,09 (tasa de detección: 25% para Bx-MR vs. 23% biopsia sistemática). La Bx-RM y la sistemática detectaron el mismo número de cánceres de grado ISUP>3 (11% vs. 12%; ratio: 0,92)

## CRITERIOS DE REPETIR UNA BIOPSIA DE PRÓSTATA [EAU Guidelines 2021]

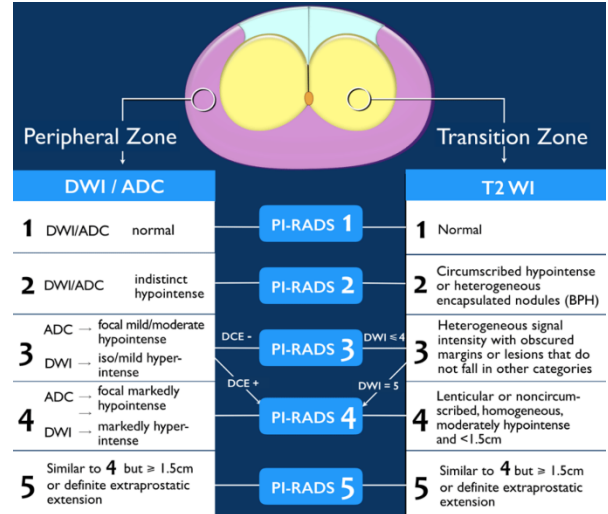
- PSA en ascenso y/o persistentemente elevado
- TR sospechoso
- RM mp positiva (PIRADS =>3)
- Carcinoma intraductal como hallazgo solitario: > 90% de riesgo de CaP de alto grado

\*\*La recomendación de repetir la biopsia tras una proliferación microacinar atípica y una PIN de alto grado extensa se basa en estudios antiguos en biopsias sistemáticas. En una serie contemporánea, la probabilidad de encontrar un CaP-CS tras el diagnóstico de una ASAP fue sólo del 6%.

TNM 2017	
<b>Tx</b>	El tumor primario no se puede evaluar
<b>T0</b>	No hay evidencia de tumor primario
<b>T1</b>	<b>T1a</b> hallazgo histológico incidental en 5% o menos del tejido reseccionado <b>T1b</b> hallazgo histológico incidental en + del 5% del tejido reseccionado <b>T1c</b> Tumor diagnosticado por biopsia
<b>T2</b>	<b>T2a</b> afecta a la mitad de un lóbulo o menos <b>T2b</b> afecta a más de la mitad de un lóbulo <b>T2c</b> afecta a ambos lóbulos
<b>T3</b>	<b>T3a</b> Extensión extracapsular <b>T3b</b> invade vesícula(s) seminal(s)
<b>T4</b>	El tumor invade estructuras adyacentes: esfínter externo, recto, músculos y/o pared pélvica
<b>Nx</b>	Los GL regionales no se pueden evaluar
<b>N0</b>	No metástasis en ganglios linfáticos regionales
<b>N1</b>	Metástasis en ganglios linfáticos regionales
<b>M0</b>	Sin metástasis a distancia
<b>M1</b>	<b>M1a</b> Ganglios linfáticos no regionales (s) <b>M1b</b> Hueso(s) <b>M1c</b> Otros

**SCREENING CON PSA:** Ofrecer a hombres con un riesgo elevado de CaP y esperanza de vida de al menos 10-15 años:

- 50 años sin otros factores de riesgo
- 45 años + historia familiar
- 45 años + ascendencia africana
- 40 años + mutaciones BRCA2



## PI-RADS

- 1 Muy probl. benigna
- 2 Probablemente benigna
- 3 Incierto
- 4 Probablemente maligno
- 5 Muy probl. maligno

Fuente: <https://radiologyassistant.nl/>

Recommendations in biopsy naïve patients
Perform mpMRI before prostate biopsy.
When mpMRI is positive (i.e. PI-RADS ≥ 3), combine targeted and systematic biopsy.
When mpMRI is negative (i.e. PI-RADS ≤ 2), and clinical suspicion of prostate cancer is low, omit biopsy based on shared decision making with the patient.

Recommendations in patients with prior negative biopsy
Perform mpMRI before prostate biopsy.
When mpMRI is positive (i.e. PI-RADS ≥ 3), perform targeted biopsy only.
When mpMRI is negative (i.e. PI-RADS ≤ 2), and clinical suspicion of prostate cancer is high, perform systematic biopsy based on shared decision making with the patient.