

I/233/94

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
SECCION BIBLIOTECA

HORMONOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EL
TRATAMIENTO DEL
CANCER DE PROSTATA ESTADO C

AUTORES

Dr. GERMAN E. BOHORQUEZ R
Dr. RENE MORILLO CASTILLO

ASESORES EN CLINICA

DR. RICARDO LOPEZ GIL
DR. CARLOS VARGAS CABRERA

ASESORES EN EPIDEMIOLOGIA

DRA. MARITZA REY PINZON
DR. HECTOR POSSO VALENCIA

1994

I.N.C.

INTRODUCCION

El cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente que afecta al hombre americano por encima de 50 años⁽¹⁾.

En Estados Unidos anualmente el cáncer de próstata se presenta en 122.000 hombres y una cuarta parte (32.000) fallecen a causa de esta enfermedad⁽²⁾. Silverberg y Lubera han estimado que un recién nacido tiene una probabilidad del 9 al 11% de desarrollar un cáncer de próstata y 2.6 a 4.3% de morir a causa de esta enfermedad durante su vida⁽³⁾.

La incidencia y la rata de mortalidad se han incrementado, la primera más marcadamente que la segunda⁽⁴⁾; este incremento puede deberse a una mejor detección y registro de los casos nuevos de cáncer prostático.

La prevalencia del cáncer prostático es desconocida pero si se

contabilizan los carcinomas encontrados incidentalmente en los especímenes de prostatectomías simples (10 a 20%) ó en autopsias de hombres por encima de 50 años (10 a 30%), es la neoplasia de mayor prevalencia^(5,6,7) y la tercera como causa de muerte, siendo superada por el cáncer de pulmón y el colorectal.

Por lo anterior se continúa buscando el método ó los métodos diagnósticos más adecuados que permitan su detección temprana y su adecuada clasificación para poder proporcionar el ó los tratamientos más efectivos.

Sin embargo, aún con los avances tecnológicos, todavía hay un porcentaje de pacientes que se presenta con enfermedad localmente avanzada (9 a 15%)⁽⁸⁾ que los tratamientos convencionales no están en capacidad de curar.

Debido a ello han resurgido modalidades de tratamiento, uno de ellos la hormonoterapia preoperatoria, enfoque que se conoce desde hace más de 40 años y que sugiere ser beneficiosa en pacientes con buena

expectativa de vida(9,23,24).

Se propone un estudio que demuestre esos beneficios en nuestro medio.

JUSTIFICACION

A pesar de no existir en Colombia estadísticas confiables sobre la incidencia del cáncer de próstata, es evidente que una importante proporción de nuestros pacientes se presenta con enfermedad en Estado C; de modo que no pueden sorprendernos los desalentadores resultados obtenidos con los tratamientos convencionales.

Proponemos la hormonoterapia como tratamiento neoadyuvante buscando confinar la enfermedad a la glándula, permitiendo mejorar los resultados de los tratamientos locales, cirugía ó radioterapia, lo que daría mejor calidad de vida y sobrevida libre de enfermedad.

Serán propósitos de un futuro estudio a largo plazo los siguientes:

- A- Medir la sobrevida total.
- B- Medir el tiempo de sobrevida libre de enfermedad.
- C- Observar la importancia de la edad en cuanto a sobrevida y tiempo libre de enfermedad.
- D- Observar la importancia del tamaño tumoral con relación a la sobrevida y tiempo libre de enfermedad.

MARCO TEORICO

El cáncer de próstata Estado C incluye los tumores con extensión local en los que no hay evidencia de metástasis ganglionares pélvicas ó enfermedad extrapélvica. Según el Colegio Americano de Cirujanos, a este estado de presentación inicial de la enfermedad corresponde el 15% de los pacientes⁽¹⁰⁾; esta asignación normalmente se basa en la evaluación clínica ya que la exactitud de los métodos de gradación no ha probado su eficacia en la estadificación de los pacientes. Es así como el 40% de los pacientes con Estado A ó B clínico, corresponde

patológicamente a Estados C con extensión tumoral más allá de la cápsula prostática ó invasión de las vesículas seminales⁽¹¹⁾.

El cáncer prostático Estado C generalmente es progresivo, solo el 15% de pacientes tiene tumores bien diferenciados y más del 20% presenta lesiones escasamente diferenciadas⁽¹²⁾.

Sin un tratamiento efectivo, la supervivencia a cinco años de los pacientes con tumores Estado C es del 58%⁽¹³⁾ y el 70% muestra evidencia de progresión de la enfermedad. La supervivencia global de los pacientes a los 10 años solo alcanza 20%.

Aproximadamente la mitad de los pacientes con extensión tumoral extracapsular palpable presenta metástasis ganglionares pélvicas después de la disección ganglionar. Por tanto, estos pacientes son reclasificados como Estado D1⁽¹²⁾.

Dada su tendencia a la progresión, los intentos de tratamiento

definitivo están justificados y es así como se han utilizado con este fin la cirugía y la radioterapia externa e intersticial. Sin embargo ninguno de ellos ha demostrado una superioridad marcada. La cirugía en lesiones con extensión extracapsular histológica, por presentar aún en condiciones óptimas límites quirúrgicos precarios, muestra resultados desalentadores. Schroeder y Belt⁽¹⁴⁾ encontraron en su estudio una supervivencia a 5 años del 64% y recurrencias locales en el 13% de los pacientes. La supervivencia actuarial a los 15 años es del 20% pero la supervivencia libre de tumor es solamente del 11%. Muchos pacientes recibieron tratamiento hormonal complementario y muchos tenían tumores Estado B en los que la extensión extracapsular era solamente microscópica.

Que la prostatectomía radical generalmente no es curativa para el cáncer prostático Estado C se deduce de la valoración de los datos de Jewett y Cols⁽¹⁵⁾. En sus series, la prostatectomía radical se practicó por una presunta enfermedad Estado B, pero el examen histológico mostró invasión de las vesículas seminales en algunos pacientes. En

este grupo, el pronóstico a largo plazo fué pobre, con una supervivencia a 15 años de sólo el 10%. La prostatectomía radical sola ha resultado poco provechosa para los pacientes con invasión microscópica de las vesículas seminales. Parece probable pues, que se obtengan iguales pronósticos a largo plazo cuando se realiza la intervención a pacientes con extensión extracapsular obvia.

La eficacia terapéutica de la radiación externa en el cáncer prostático Estado C sigue siendo cuestionable. La supervivencia actuarial a 5 años fué del 59%, pero disminuyó a solo el 30% a los 10 años⁽¹⁶⁾.

Cupps y Cols.⁽¹⁷⁾ comunicaron una supervivencia a 5 años libre de enfermedad del 52% y la supervivencia actuarial a 10 años fué del 63%. Una preocupación en la valoración de los efectos de la radioterapia en el cáncer prostático es la notable incidencia de hallazgos positivos en las biopsias después del tratamiento. El mal pronóstico de los pacientes con biopsias positivas sugiere que los índices de supervivencia actuarial pueden ser inexactos. Freiha y Bagshaw⁽¹⁸⁾,

encuentran biopsias positivas en el 60% de los pacientes más de dos años después del tratamiento. Cabe señalar, como dato curioso, que el 29% de los pacientes con próstata normal a la palpación tenían hallazgos positivos en las biopsias.

Los resultados de la radiación intersticial con Yodo 125 han sido frustrantes, con 60% de recurrencia local⁽¹⁹⁾.

Con Iridio 192 los resultados iniciales parecen algo más favorables. Con el Oro 198 y radiación externa suplementaria, la supervivencia libre de enfermedad a los 5 años es del 46% y del 40% a los 10 años; sin embargo la recurrencia local ha sido del 39%⁽²⁰⁾.

Por lo anterior ha recobrado actualidad lo ideado por Vallet en 1944, quien propuso para este tipo de pacientes hormonoterapia preoperatoria teniendo como hipótesis la marcada regresión de la lesión tumoral primaria alcanzada con dicho tratamiento, como había sido demostrado por Huggins en los años 40. Las investigaciones continuaron y dieron

paso a consideraciones importantes. Parlow y Colston sugirieron su uso en casos seleccionados. Gutiérrez expresó que la operabilidad del carcinoma avanzado de próstata era marcadamente mejorada con ese método de tratamiento.

Scott, WW⁽⁹⁾ siempre a la vanguardia de este método de tratamiento, publicó en 1969 en asocio de Boyd su experiencia de 25 años con 44 pacientes con extensión más allá de los confines de la cápsula prostática, reportando porcentajes de sobrevividas libres de enfermedad a 5, 10 y 15 años, de 61.54, 51.5 y 29.03 respectivamente; es significativo que la alta proporción de los pacientes que fallecieron de enfermedad recidivante eran pacientes con tumores Grado 3 y con compromiso de la vesícula seminal ó del ápex prostático.

Este estudio retrospectivo basado en 25 años de experiencia presenta resultados aleatorios no controlados, sin embargo sugieren que la combinación de hormonoterapia y prostatectomía radical tiene beneficios especialmente en pacientes con larga sobrevivida. Más

recientemente la Clínica Mayo⁽²¹⁾ informó sobre sus resultados de cirugía radical más orquidectomía bilateral en pacientes con linfadenectomía positiva, logrando disminuir la recurrencia a 9.3% a 5 años en los pacientes con hormonoterapia inmediata, contra un 49% a 5 años con hormonoterapia diferida. A los 10 años la rata de sobrevida libre de enfermedad fué del 75% contra el 35% en favor de la hormonoterapia temprana. A pesar de ser observaciones clínicas incompletas y anecdóticas, en algunos casos esta combinación puede ser benéfica.

Un pequeño estudio piloto del Memorial Sloan Kettering Cancer Center⁽²²⁾ que compromete 17 pacientes con Estado C, con enfermedad localmente avanzada y que no eran susceptibles de cirugía recibieron hormonoterapia y después de la regresión tumoral se realizó cirugía radical. En 7 no había tumor extracapsular, en 1 no se demostró tumor en la pieza quirúrgica y en otros 2 unicamente se detectaron pequeños focos de células atípicas.

Con base en todo lo anterior se propone este trabajo.

OBJETIVOS GENERALES

Medir la efectividad de la hormonoterapia en la resecabilidad del carcinoma de próstata Estado C, en pacientes del Instituto Nacional de Cancerología de 1992 a 1994.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar el efecto de la hormonoterapia sobre la resecabilidad de los tumores de próstata Estado C sometidos a ella.
- Determinar la frecuencia de complicaciones inherentes al tratamiento combinado.

MATERIAL Y METODOS

1) TIPO DE ESTUDIO Y POBLACION A ESTUDIAR:

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo.

Universo: Pacientes con carcinoma de próstata Estado C que lleguen a la consulta de Urología del Instituto Nacional de Cancerología entre Enero de 1992 y Junio de 1994 y que no hayan recibido tratamiento oncológico previamente.

Muestra: Todos los pacientes del grupo anterior a quienes según criterios de la OSCC de 1988 se diagnostiquen como Estados C y se subclasifiquen en C₁, C₂ y C₃. (Anexo 1).

2) CRITERIOS DE INCLUSION:

2.1 Pacientes con Carcinoma de Próstata comprobado

histológicamente en el Instituto Nacional de Cancerología.

2.2 Pacientes con Estado Clínico C y subclasificado en C₁, C₂ y C₃, según Anexo 1.

2.3 Pacientes vírgenes de tratamiento, excepto Resección Transuretral de la Próstata ó Adenomectomía Abierta por hiperplasia prostática.

2.4 Pacientes cuyas condiciones económicas y ubicación geográfica les permitan asistir a los controles necesarios en el Instituto.

2.5 Pacientes con PSA elevado.

3) CRITERIOS DE EXCLUSION:

3.1 Pacientes con enfermedades severas que impidan la hormonoterapia ó la cirugía radical.

3.2 Pacientes mayores de 70 años.

3.3 Pacientes a quienes no sea posible practicarles la cirugía por dificultades técnicas durante el procedimiento.

3.4 Pacientes con linfadenectomía ilio-obturadora positiva.

3.5 Pacientes que rechacen el manejo propuesto.

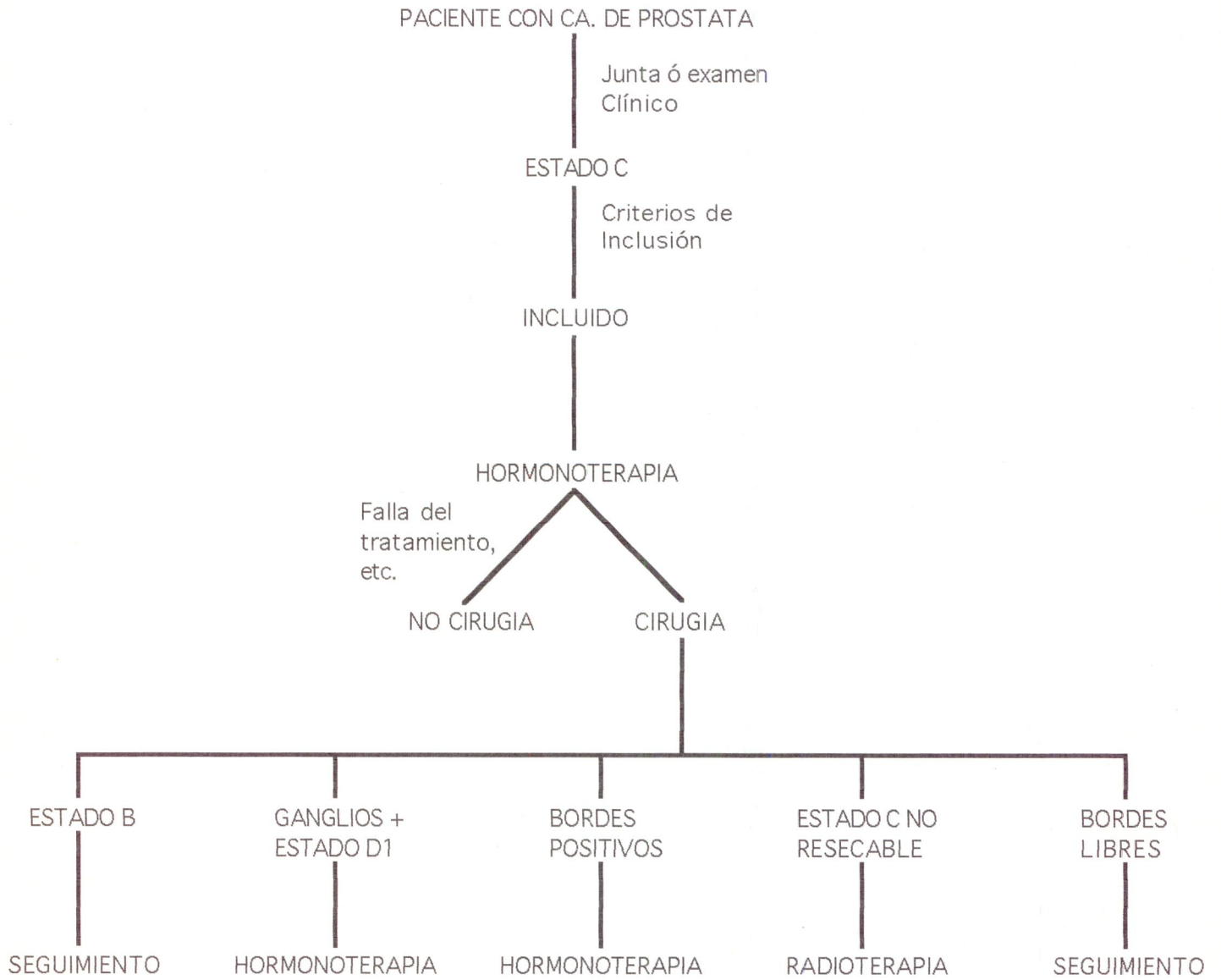
4) ESQUEMA DEL ESTUDIO:

Cada paciente con Carcinoma de Próstata que cumple con los criterios de inclusión recibe hormonoterapia por un tiempo aproximado a 90 días al cabo de los cuales se evalúa nuevamente para determinar si hubo respuesta favorable del tumor al tratamiento. En caso afirmativo se lleva a cirugía y si no hay evidencia de compromiso tumoral ganglionar se continúa con la prostatectomía radical.

Si los ganglios iliacos y obturadores bilaterales ó los bordes de resección son positivos para tumor se continuará con hormonoterapia por tiempo indefinido. Si se encontró un estado C que no fué resecable se realizará posteriormente radioterapia radical.

Aquellos pacientes cuyo estudio de Patología reporta como un Estado B, ó sea una neoplasia circunscrita a la próstata, ó un Estado C con bordes libres, continuará en seguimiento.

ESQUEMA DEL ESTUDIO



- 5) ESQUEMA DE TRATAMIENTO:
- 5.1 Hormonoterapia en promedio 90 días con una de estas drogas:
 - 5.1.1 DES (dietilestilbestrol) 1 mgr. diario.
 - 5.1.2 Flutamida 500 mgrs. diarios.
 - 5.1.3 Acetato de Ciproterona 200 mgrs. diarios.
 - 5.2 Nuevo esquema de estudio y valoración urológica a los 90 días.
 - 5.3 Cirugía:
 - 5.3.1 Linfadenectomía Pélvica Clasificatoria: Consiste en la disección y resección de los ganglios iliacos y obturadores bilaterales; en caso de ser sospechosos de compromiso tumoral se envían durante el acto quirúrgico a estudio de patología por congelación. Si son informados negativos ó si no hay sospecha de infiltración se continúa con la Prostatectomía Radical.
 - 5.3.2 Prostatectomía Radical: Consiste en la disección y resección de la próstata incluyendo la cápsula y las vesículas seminales. Se reconstruye luego el cuello vesical y se anastomosa a la uretra.
 - 5.4 Hormonoterapia ó Radioterapia después de Prostatectomía Radical.

6) SEGUIMIENTO:

- 6.1 Ultrasonido transrectal de próstata pre y post-hormonoterapia, para valorar tamaño y compromiso tumoral. (Anexo 2)
- 6.2 Examen clínico que incluye el tacto rectal pre y post-hormonoterapia, para valorar tamaño y compromiso tumoral.
- 6.3 PSA pretratamiento y al finalizar la hormonoterapia previa a la cirugía radical.
- 6.4 Determinación de secuelas de la cirugía como la incontinencia e impotencia, por interrogatorio al paciente. Se controlará a los 3 y a los 6 meses después de cirugía.

7) DEFINICION DE VARIABLES:

- 7.1 Historia clínica: Número de historia con que está registrado el paciente en el Instituto Nacional de Cancerología.
- 7.2 Fecha de diagnóstico inicial: Fecha de primera consulta en el Servicio de Urología.
- 7.3 Edad: Edad del paciente en años cumplidos.
- 7.4 Estado clínico: Clasificación clínica de extensión del tumor.

- 7.5 Estado patológico: Clasificación de patología de extensión del tumor, después de obtener la pieza quirúrgica.
- 7.6 PSA inicial: Valor del antígeno prostático expresado en ng/ml.
- 7.7 PSA final: Valor del antígeno prostático expresado en ng/ml.
- 7.8 Tacto rectal inicial: Se valorará el peso de la próstata y el compromiso ó no de vesículas seminales y órganos vecinos, antes de iniciar el tratamiento.
- 7.9 Tacto rectal final: Igual que el punto anterior pero después de haber terminado la hormonoterapia, indicando si hubo variación en el tamaño de la glándula.
- 7.10 Ultrasonido pre-tratamiento: Valoración ecográfica de la próstata, indicando su volumen y si hay compromiso ó no de las vesículas seminales ú órganos vecinos, antes de iniciar la hormonoterapia.
- 7.11 Ultrasonido post-tratamiento: Igual que el punto anterior, al finalizar la hormonoterapia, indicando si varió el tamaño de la glándula.
- 7.12 DES: Se indicará si recibió ó no la droga y la fecha de su

iniciación y finalización, expresando día, mes y año.

- 7.13 Flutamida: Igual que el punto anterior.
- 7.14 Acetato de ciproterona: Igual que los dos puntos anteriores.
- 7.15 Grado de diferenciación del tumor: Se indicará de acuerdo con la escala de Gleason Score de 2 a 10 reportada en el estudio de Patología de la biopsia y de la pieza quirúrgica (Anexo 3).
- 7.16 Cirugía: Se especificará si se realizó Prostatectomía Radical ó solamente Linfadenectomía Pélvica.
- 7.17 Bordes positivos: Se indicará si quedaron bordes positivos en la prostatectomía radical, de acuerdo con el informe de Patología.
- 7.18 Hormonoterapia post-cirugía: Se especificará si se dió hormonoterapia después de la cirugía y cual droga.
- 7.19 Radioterapia post-cirugía: Se indicará si recibió ó no Radioterapia después de la cirugía.
- 7.20 Incontinencia post-cirugía: De acuerdo con el interrogatorio al paciente se dirá si hubo ó no incontinencia urinaria después de la cirugía en un primer control a los 3 meses y en un segundo control a los 6 meses.

- 7.21 Impotencia pre-cirugía: Se anotará si el paciente presentaba impotencia sexual antes de la cirugía radical.
- 7.22 Impotencia post-cirugía: De acuerdo con el interrogatorio al paciente se dirá si hubo ó no impotencia después de la cirugía en un primer control a los 3 meses y en un segundo control a los 6 meses.
- 7.23 Fecha cirugía: Se indicará la fecha de la cirugía, expresando día, mes y año.
- 7.24 Fecha último control: Se anotará la fecha de la última consulta, expresando día, mes y año.
- 7.25 Fecha recaída: Se indicará la fecha en que se diagnostique la recaída tumoral, expresando día, mes y año.
- 7.26 Fecha de muerte: Se anotará la fecha en que muere el paciente, expresando día, mes y año.

8) ANALISIS DE DATOS:

- 8.1 Los datos serán recogidos en un formulario diseñado para tal fin (Anexo 4); luego serán codificados e introducidos en una base

de datos creada en D BASE III PLUS.

- 8.2 Se realizará una descripción de los pacientes en cuanto a las variables como edad, estado clínico, estado patológico, grado de diferenciación, etc.
- 8.3 El análisis inicial se realizará en forme simple univariada. Posteriormente, se compararán los pacientes de acuerdo a si tuvieron bordes libres ó no y además si presentaron ó no secuelas inherentes al tratamiento, según variables predictivas (Grado, edad, PSA, tamaño, etc.).
- 8.4 Se usarán pruebas de Chi Cuadrado ó Test Exacto de Fisher para la comparación de frecuencias de variables cualitativas y el Test t de Student para variables numéricas.
- 8.5 A largo plazo se haría un análisis de sobrevida y de tiempo libre de enfermedad por medio del método de Producto Límite ó de Kaplan-Mieir.

BIBLIOGRAFIA

1. SILVERBERG E., Lubera J.A: Cancer Statistics. Ca Cancer Clinicians 1990; 40: 3-20.
2. BORING, C.C., Squires, T.S. and Tong, T.: Cancer Statistics, 1991 CA, 41: 19, 1991.
3. SILVERBERG E., Lubera J.A: Cancer Statistics, 1988 CA, 38: 15, 1988.
4. WINKELSTEIN W Jr, Ernster VL: Epidemiology and Etiology in Prostatic Cancer. PSA Publishing Co, 1979, 1-17.
5. YOUNG JL Jr, Percy CL, Sasire AJ: Cancer incidence and mortality in the United States, 1973-1977. Natl Cancer Inst Monogr 1981; 57: 1-1081.

6. HOLIEND B: Latent Prostatic Cancer in a consecutive autopsy series. Scand J Urol Nephrol 1980; 14: 29-35.
7. HUTCHINSON GB: Incidence and etiology of prostate cancer. Urology 1981; 17: 4-10.
8. CATALONA WJ, Scott WW: Carcinoma of the prostate. In Walsh OC, Gittes RF, Perlmutter AD, et al: Campbell's Urology ed 5. Philadelphia, WB Saunders, 1986, p.1463.
9. SCOTT W W, Boyd HL: Combined hormone control therapy and radical prostatectomy in the treatment of selected cases of advanced carcinoma of the prostate: A retrospective study based upon 25 years of experience. J. Urol, 1969; 101: 86-92.
10. MURPHY GP, Natarajan N, Pontes JE, et al: The National Survey of Prostate Cancer in the United States by the American College of Surgeons. J. Urol, 1982; 127: 928-934.

11. WAHLE S, Reznicek M, Fallon B et al: The incidence of surgical margin involvement in various forms of radical prostatectomy. *Urology*, 1990; 36: 23.
12. SMITH JA Jr, Seaman JP, Gleidman JB, et al: Pelvic lymph node metastasis from prostatic cancer: Influence of tumor grade and stage in 452 consecutive patients. *J. Urol* 1983; 130: 290-292.
13. Veterans Administration Cooperative Urological Research Group: Treatment survival of patients with advanced prostatic cancer. *Surg Gynecol Obstet* 1967; 124: 1011-1014.
14. SCHROEDER FH, Belt E: Carcinoma of the prostate: A study of 213 patients with Stage C tumors treated by total perineal prostatectomy. *J. Urol* 1975; 114: 257-260.
15. JEWETT HJ, Bridge RW, Gray GF Jr, et al: The palpable nodule of prostatic cancer. *JAMA* 1968; 203: 115-118.

16. BAGSHAW MA: Radiation therapy of prostatic carcinoma, in Crawford ED, Borden TA (eds); Genitourinary Cancer Surgery. Philadelphia, Lee & Febiher, 1982 pp 406-409.
17. CUPPS RE, UTZ DC, Fleming TR, et al: Definitive radiation therapy for prostatic carcinoma: Mayo Clinic Experience. J. Urol 1980; 124: 855-859.
18. FREHA F, Bagshaw MA: Carcinoma of the prostate: Results of post irradiation biopsy. Prostate 1984; 5: 19-72.
19. SCHELLHAMMER PF, Ladaga LE, El-Mahdi A: Histological Characteristics of Prostatic Biopses After ¹²⁵Iodine Implantation. J. Urol 1980; 123: 700-705.
20. WHEELER TM, Scardino PT: Detailed pathologic review of prostate biopsy, following irradiation for carcinoma of the prostate. Resúmenes del American Urological Asociation Meeting. Las Vegas, 1983 N1 298.

21. ZINCKE H. Bilateral pelvic lymphadenectomy and radical retropubic prostatectomy for stage C or D1 adenocarcinoma of the prostate: Possible beneficial effects of adjuvant treatment. *CI Monogr.* 7; 1988: 109.
22. FAIR WR, Warren DW Heston. Is combined modality therapy appropriate for apparently localized carcinoma of the prostate? *The Urol Clinic North Am.* 1991; 18: 477-480.
23. VOGES GE, Mottrie AM, Stockle M, Muller SC. Hormone therapy prior to radical prostatectomy in patients with clinical stage C prostate cancer. *Prostate suppl;* 5: 4-8 1994.
24. SOLOWAY MS, Hachiya T, Civantos F, Murphy WM, Gomez CC, Ruiz HE. Androgen deprivation prior to radical prostatectomy for T₂B and T₃ prostate cancer. *Urology;* 43 (2 Suppl): 52-56 1994.
25. CATALONA WJ, Whitmore WF Jr: New staging systems for prostate cancer (editorial) *J. Urol* 1989; 142: 1302-1304.

ANEXO 1: CLASIFICACION DEL ESTADO

El OSCC (Organ Sites Coordinating Center) del Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos desarrolló en 1988 un nuevo sistema de clasificación que incorporó las características similares de los sistemas corrientemente usados, el TNM y el Sistema Jewett-Whitmore⁽²⁵⁾. El examen rectal es la base para la clasificación de la categoría T del tumor primario.

Según esta clasificación los tumores que corresponden al Estado C son tumores palpables que se extienden más allá de la cápsula prostática:

TC₁. Extensión más allá de los márgenes de la próstata unilateralmente (puede incluir la vesícula seminal).

TC₂. Extensión más allá de los márgenes de la próstata bilateralmente (puede incluir las vesículas seminales).

TC₃. Extensión más allá del margen de la próstata, base de la vejiga y/ó recto, y/ó músculo(s) elevador(es), y/ó pared lateral pélvica.

ANEXO 2: RADIOLOGIA

Ecografía transrectal de próstata. Se utilizará para este examen un ecógrafo con transductor transrectal de 7 MHz, practicando cortes longitudinales y transversales, midiendo en centímetros cúbicos el volumen tanto de la glándula como de la lesión y detectando si existe ó no compromiso de estructuras vecinas.

Este estudio se realizará antes del inicio de la hormonoterapia y posteriormente, una vez completado el tratamiento, para evaluar la respuesta al mismo.

ANEXO 3: CLASIFICACION DEL GRADO

El sistema más comunmente utilizado para la clasificación del grado es el Gleason, que está basado puramente en criterios de arquitectura. Su valor para la predicción clínica ha sido establecido en series con mayor número de pacientes-año de seguimiento que cualquier otro sistema.

Existen 5 grados básicos de diferenciación, que van desde el bien diferenciado hasta el pobremente diferenciado. En los estudios histológicos se le asigna un grado "primario" al patrón que ocupa la mayor área del espécimen y un grado "secundario" al patrón que ocupa la segunda mayor área.

Los grados "primarios" y "secundarios" son sumados para dar un "score" y como hay 5 grados el score comprende valores de 2 a 10.

ANEXO 4: FORMULARIO

1. HISTORIA CLINICA: 2. FECHA DX INICIAL:
3. EDAD:
Años
4. ESTADO CLINICO: C1 C2 C3
5. ESTADO PATOLOGICO: B1 B2 C1 C2 C3 D1 S.D.
6. PSA INICIAL 7. PSA FINAL
ng/ml ng/ml
8. T.R. INICIAL: PESO COMPR.VES. SEM.: IZQ DER NO DUDA
grs COMPR.ORG: SI NO DUDA
9. T.R. FINAL : PESO COMPR.VES: IZQ DER NO DUDA
grs COMPR.ORG: SI NO DUDA
DISMINUCION AUMENTO IGUAL
10. U.S.Pre-tx: COMPR.VES: IZQ DER NO DUDA
COMPR.ORG: SI NO DUDA VOL.
c.c.
11. U.S.Post-tx: COMPR.VES: IZQ DER NO DUDA DISMINUCION IGUAL
COMPR.ORG: SI NO DUDA VOL. AUMENTO
v.v.
12. DES: SI FECHA INIC. 13. FLUT: SI FECHA INIC.
NO FECHA FIN. NO FECHA FIN.
14. AC. CIPR: SI FECHA INIC.
NO FECHA FIN.
15. GLEASON BX: 16. CX: PROST. RAD. LINFAD. 17. BORDES +: SI NO
GLEASON CX: NO APLICA
18. HTX POST: DES FLU NO 19. RTX Post: SI
A.C ORQ NO
20. INCONT Post-Cx: 1er control SI NO 2º control SI NO 21. IMPOT Pre-Cx: SI NO
S.D S.D S.D
22. IMPOT Post-Cx: 1er control SI NO 2º control SI NO
S.D S.D
23. FECHA Cx 24. FECHA Ult.Cont
25. FECHA Recae 26. FECHA Muerte

I/233/94

- HORMONAS
- TERAPIA
- NEOPLASMAS DE LA PROSTATA

Revisado por el Dr. Castillo.

Instituto Nacional de Cancerología



INC002541