

II Jornada de Atención Compartida en Oncología y Hematología

Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra

Revisión de un caso clínico

Dra. Anaya. Metge de Família. CAPSE

Dra. Ruiz. Residente MFyC. CAPSE

Dra. Mellado. Oncòloga H. Clínic .

Dr. Gutiérrez. Uròlego HUSC.

Carmen Baños Baños . Enfermera/CAU H. Clínic.

Barcelona, 14 de març de 2013

CASO CLÍNICO: Actitud en Atención Primaria

Motivo de consulta:

Hombre de 53 años.

En el control anual de dislipemia solicita añadir valores de PSA

Antecedentes:

- Fumador 34 paquete/año.
- No antecedentes familiares de interés.
- Dislipemia en tratamiento con simvastatina.
- PSA del 2009-2010 dentro valores normales, según refiere en controles de empresa.

Anamnesis:

No refiere sintomatología miccional ni prostática

CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

¿Se ha de realizar screening de CaP a >50 años por petición del paciente?

SÍ: TARJETA VERDE

No: TARJETA ROJA

Respuesta especialista ONCO

Screening?

Screening poblacional:


Test en hombre asintomático. Suele ser dentro de ensayo clínico.

Screening oportunístico o detección precoz, que en general se solicita por el paciente o el médico.

Objetivos:

Reducir la mortalidad por cáncer de próstata, no la supervivencia, cuyo valor estaría influido por un diagnóstico precoz

2. **Calidad de vida**, ajustando la relación de la calidad de vida en relación a los años de vida ganados (QUALYs).

ENSAYO	MAT/MET	RESULTADOS	COMENTARIOS
 <p>Prostate-Cancer Mortality at 11 Years of Follow-up</p>	<p>N=182.000 50-74 años 8 países europeos PSA cada 4 años vs no PSA 82% con 1 PSA en grupo test</p>	<p>11 años seguimiento 21% reducción mortalidad PCA NNI: 1055; NND: 37 82% con 1 PSA en grupo test T3/T4 en screening vs control: 9% vs 17% G1 > 7 screening vs control: 8% vs 13%</p>	<p>Diferentes cortes PSA para BTRP No efecto en mortalidad global 20% contaminación en control 50% sobrediagnóstico</p>
<p>ARTICLE</p> <p>Prostate Cancer Screening in the Randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality Results after 13 Years of Follow-up</p> <p>J Nat Cancer Inst 2012</p>	<p>N=76685 55-74 años 10 centros US PSA anual y TR c/4 años vs atención habitual (posible screening oportunistico) 86% con 1 PSA en grupo test</p>	<p>13 años seguimiento No reducción mortalidad Aumento 12% incidencia PCA en screening. 3% estadio III/IV en screening y 4% en control</p>	<p>No exacta radnomización 52% control tiene PSA y 44% PSA previa a randomización PSA corte para BTRP 4</p>
<p>Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial</p> <p>Lancet Oncol 2010</p>	<p>N=20000 suecos PSA cada 2 años vs no PSA 76% con 1 PSA en grupo test</p>	<p>14 años seguimiento 44% reducción mortalidad PCA NNI:293; NND: 12 CA avanzado menor en grupo screening (p=0.003)</p>	<p>Pacientes más jóvenes (media 56) Intervalo más corto Menor contaminación Mayor seguimiento 30% en vigilancia activa Subgrupo ERSPC</p>

U.S. Preventive Services Task Force of Prostate Cancer Mayo 2012.

La Task Force recomienda no realizar screening del PSA para el cáncer de próstata

Hombres entre 55-69 años sometidos a screening con PSA cada 1-4 años durante 10 años

- Beneficios:

1/1000: evitará una muerte por cáncer de próstata

- Riesgos:

1/3000 morirá a causa de una complicación quirúrgica.

1/1000 realizará una TVP/TEP debido a tratamiento

2/1000 realizarán algún evento cardiovascular grave debido al tratamiento

30-40/1000 desarrollarán disfunción eréctil o incontinencia debido al tratamiento

Recomendaciones de la EAU Guidelines on Prostate Cancer-2013

A baseline PSA determination at age 40 years has been suggested, upon which the subsequent screening interval may then be based.

A screening interval of 8 years might be enough in men with initial PSA levels < 1 ng/mL

Further, PSA testing in men older than 75 years is not recommended because its early detection would not have any clinical impact.

¿Estaba indicado repetir el PSA en el paciente?

En el 2010, con 50 años tenía un PSA de 3.37

Table 4: Risk of PCa in relation to low PSA values

PSA level (ng/mL)	Risk of PCa	Risk of Gleason \geq 7 PCa
0-0.5	6.6%	0.8%
0.6-1	10.1%	1.0%
1.1-2	17.0%	2.0%
2.1-3	23.9%	4.6%
3.1-4	26.9%	6.7%

8. Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level $<$ or $=$ 4.0 ng per milliliter. N Engl J Med 2004 May 27;350(22):2239-46.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15163773>

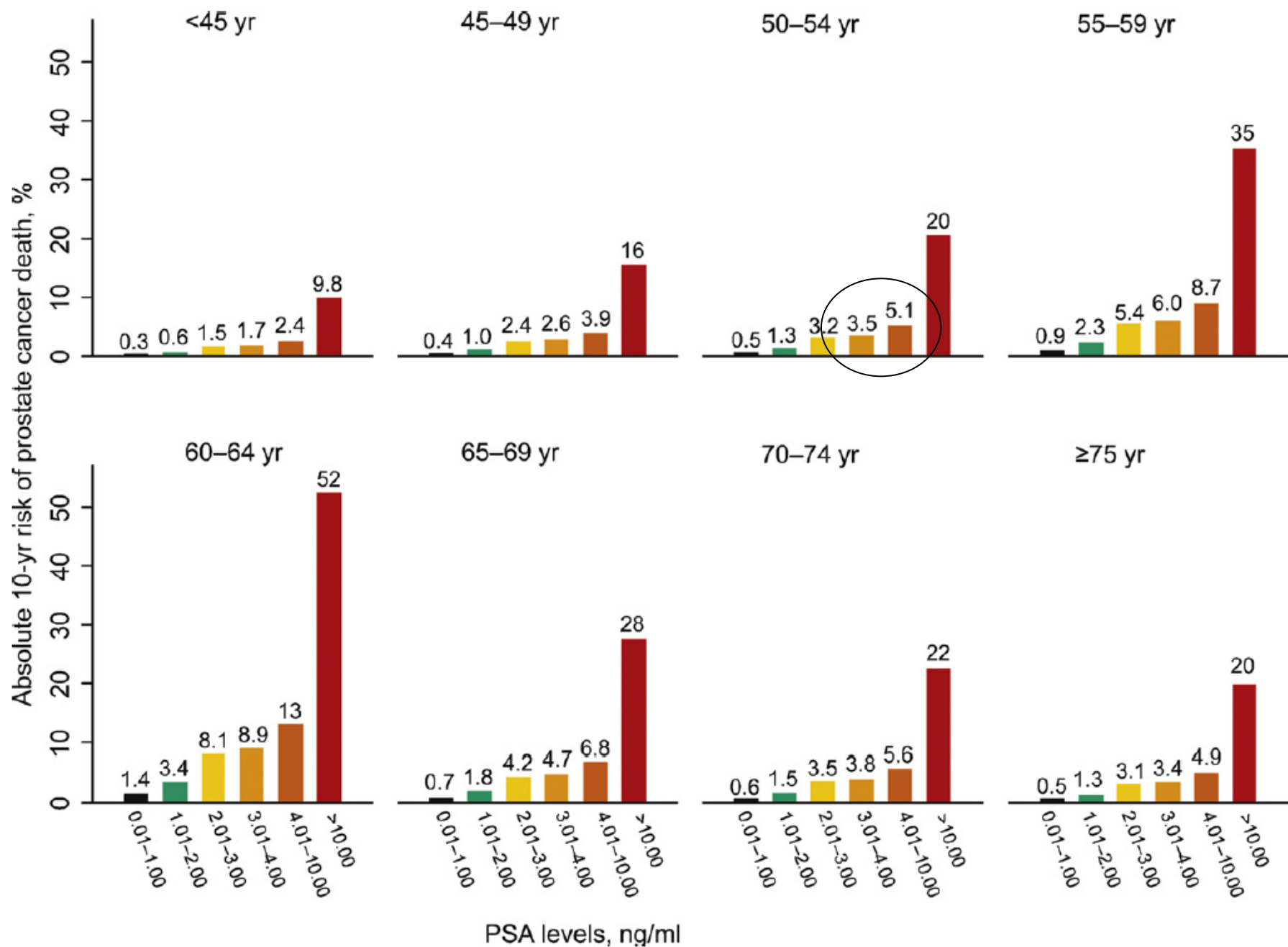
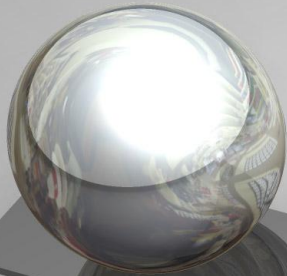


Fig. 5 - The absolute 10-yr risk of prostate cancer death, in percentage, by baseline prostate-specific antigen (PSA) levels and age at blood sampling. Based on 4383 men from the Copenhagen City Heart Study with PSA measured in samples from 1981 to 1983 and subsequently followed for 28 yr.

No screening



PSA buen test
Predecir a largo plazo
Estratificar
Detectar EF alto riesgo
Impacto en mortalidad



REFLEXIÓN:

- 1. Como utilizarlo: Selección/intervalos**
- 2. PSA \neq Biopsia. Nuevos marcadores/imagen/cálculo de riesgos**
- 3. Cuál debe ser nuestra actitud ante el diagnóstico: A quién tratar y cómo tratar**

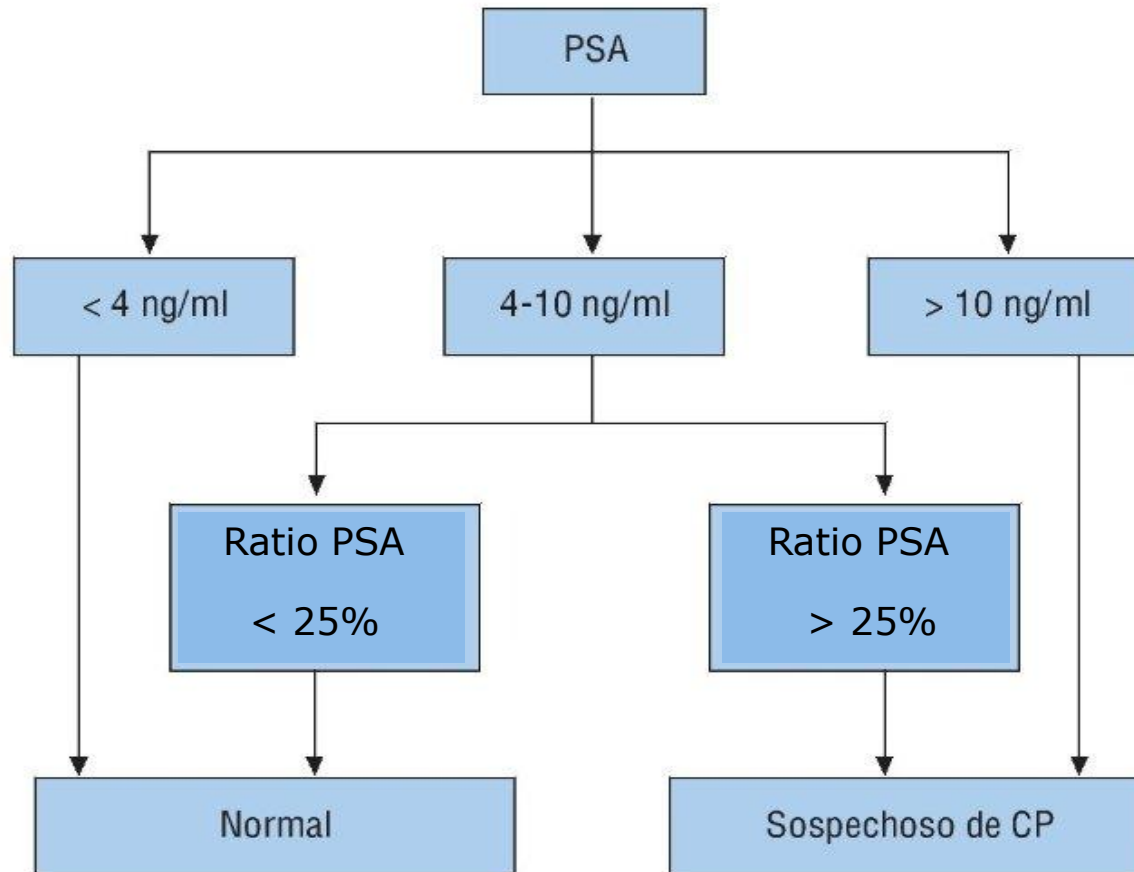
CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

El paciente está interesado en someterse al cribaje tras conocer riesgos/beneficios.

Se le solicita analítica de sangre y sedimento de orina. Resultado:

- PSA **5.53**
- PSA Libre 0.38
- PSA libre/total (Ratio) **0.06**
- Sedimento : Leucos 0-1. He 0-1.

CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria



CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

TR: Próstata mediada, adenomatosa, con cierto aumento de consistencia del LD, bien delimitada.

El paciente fue derivado a S.Urología de Manso donde se repitieron, a las 6 semanas, nuevos valores de:

- PSA: **4.91** (previo 5.53).
- Ratio PSA: **3%**.
- Sedimento : Normal.

CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

¿Cual debe ser la actitud del médico de familia?:

Opción A: ¿Realizar tacto rectal y repetir el PSA, en el caso de no ser sospechoso?

Opción B: ¿Remitir directamente a urología para valoración?

A: TARJETA VERDE

B: TARJETA ROJA

CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

¿Estaría indicado realizar una biopsia con un PSA de 4.91 en la segunda determinación, en un paciente asintomático?

SÍ: TARJETA VERDE

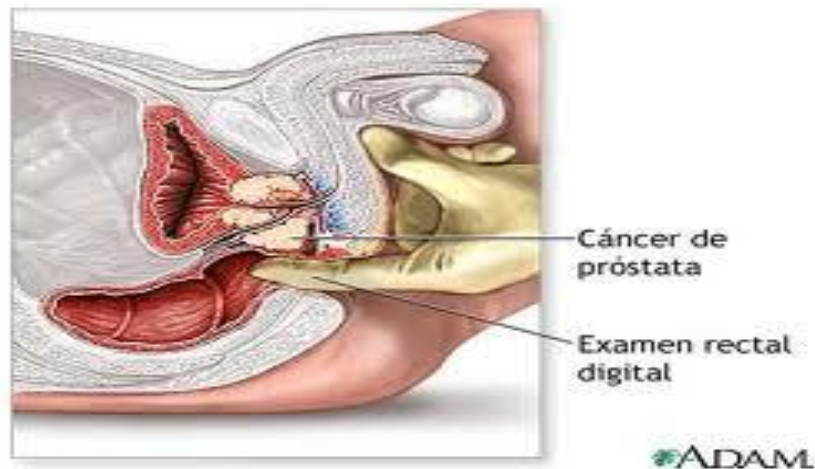
No: TARJETA ROJA

Respuesta especialista URO

- PSA elevado.

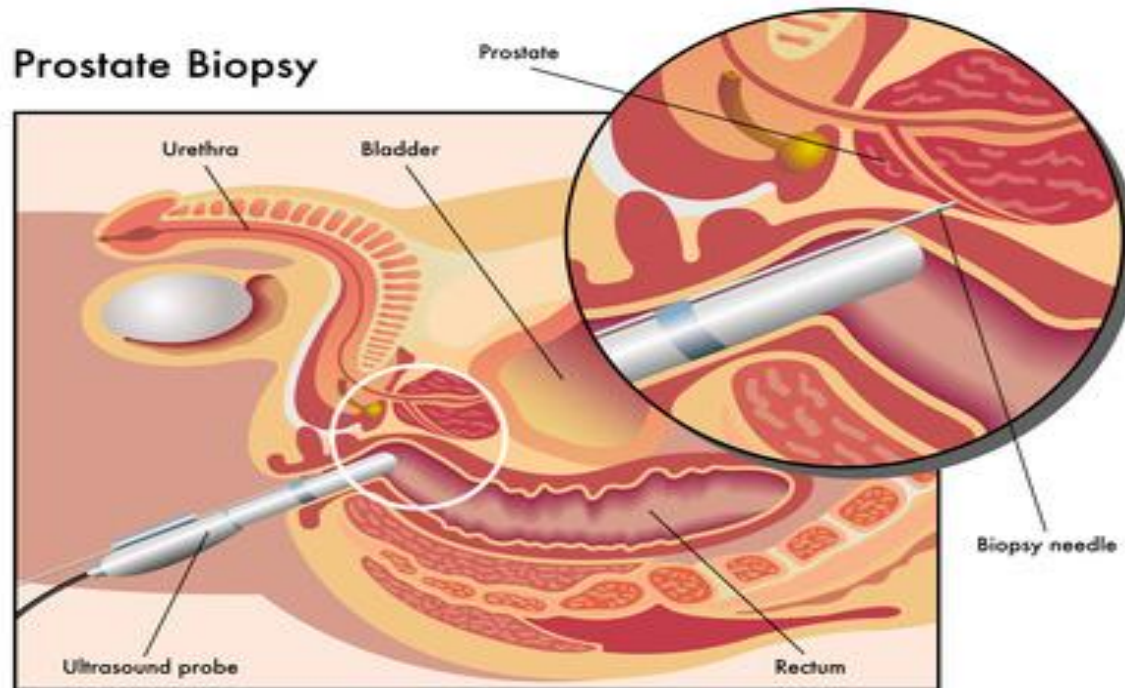
Valor de PSA (ng / mL)	Probabilidad CaP (%)
0 - 2	10
2 - 4	15 - 25
4 - 10	17 - 32
> 10	43 - 65

- TR patológico



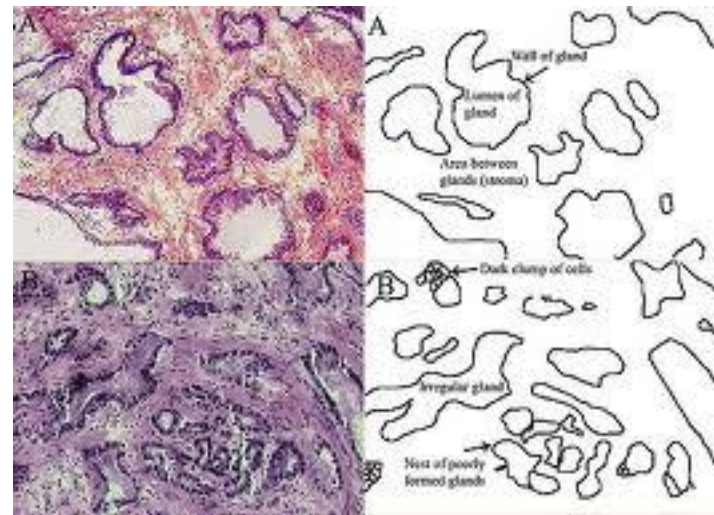
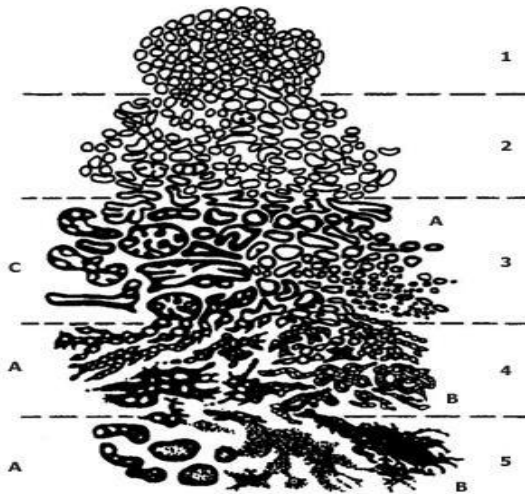
CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

El paciente fue derivado a CC.EE de Urología del H.Clínic para realizar EcoTR y BxP.



CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

- EcoTR: Tamaño 3,4x3,7x2,3 (15 cc), bien delimitada, heterogénea. Extensos focos de prostatitis calcificada bilateral de predominio D.
- Bx P (4+4):
 - LD: ADK Gleason 7/10 (3+4) en 1/4 (5% muestra).
 - LI: ADK Gleaso 7/10 (3+4) en 3/4 (20 % muestra).



CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

¿Estaría indicado realizar estudio de extensión?

Sí: TARJETA VERDE

No: TARJETA ROJA

En los que respondieron afirmativamente,

¿Qué prueba o pruebas indicarían?

Opción A: TAC abdomino-pélvico

Opción B: Gammagrafía ósea.

Opción A/B: Ambas.

Respuesta especialista ONCO

Estudio de extensión en cáncer próstata

RMN pélvica

Extensión local de la enfermedad

TAC abdomino-pélvico:

Valorar afectación ganglionar

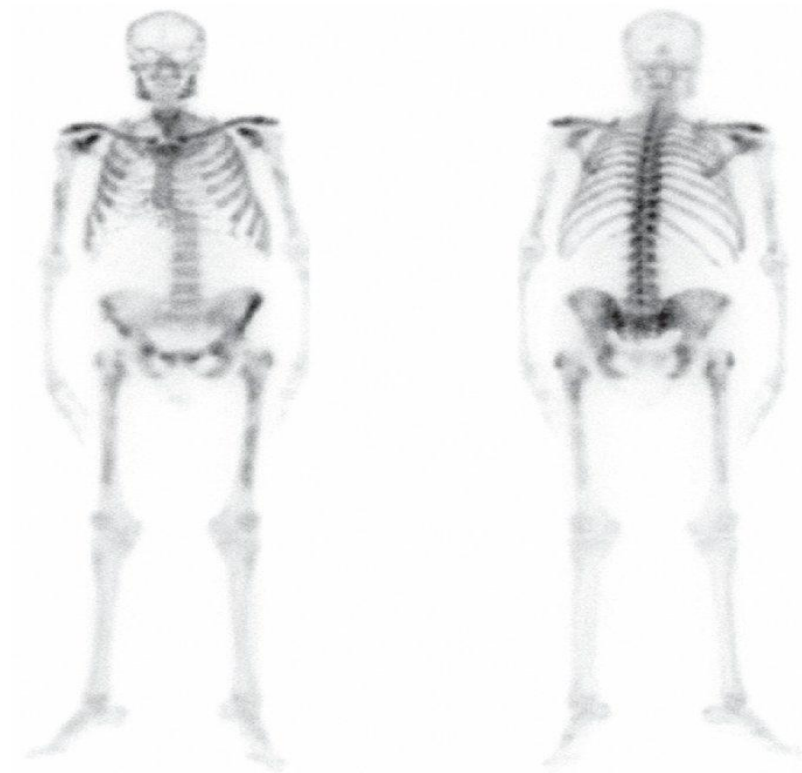
En pacientes con estadios \leq T2, PSA $<$ 20 ng/mL y Gleason $<$ 6 tienen $<$ 10% de riesgo tener metástasis ganglionares

Gammagrafía ósea:

No indicada en pacientes asintomáticos, con PSA $<$ 20 ng/ml o bien o moderadamente diferenciados

CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

En este caso, dado dolores óseos inespecíficos referidos, y la insistencia de paciente ansioso se decidió indicar gammagrafía ósea : (-) .

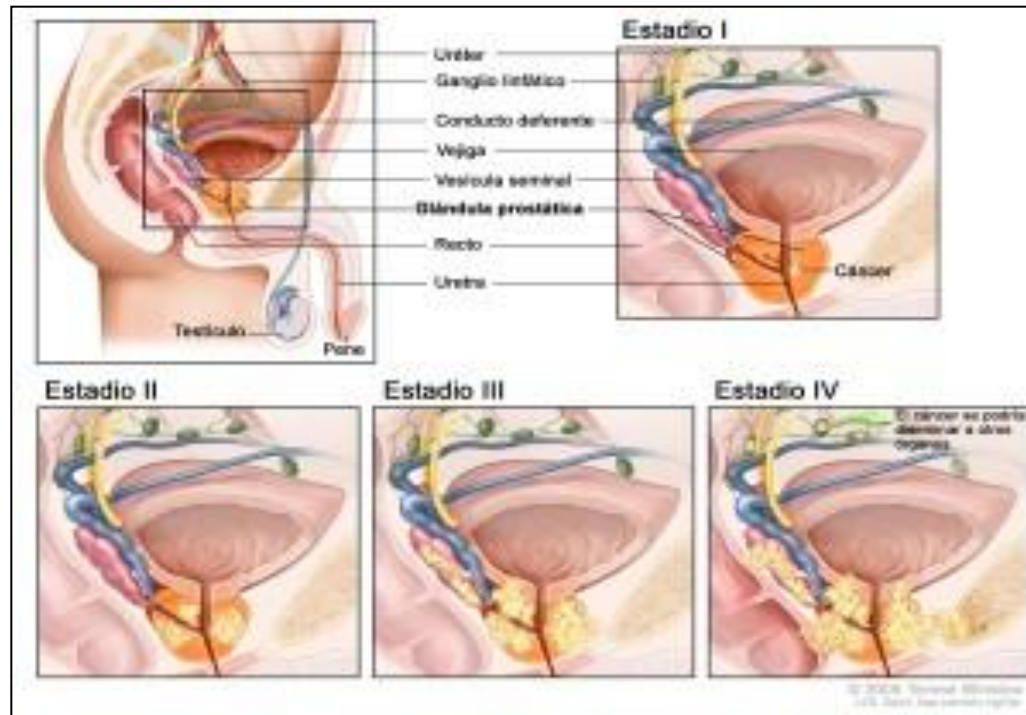


CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

Conclusión Urología:

Paciente afecto de CaP estadio I

(T1c // Gleason 7/10 bilateral // N0 // M0)



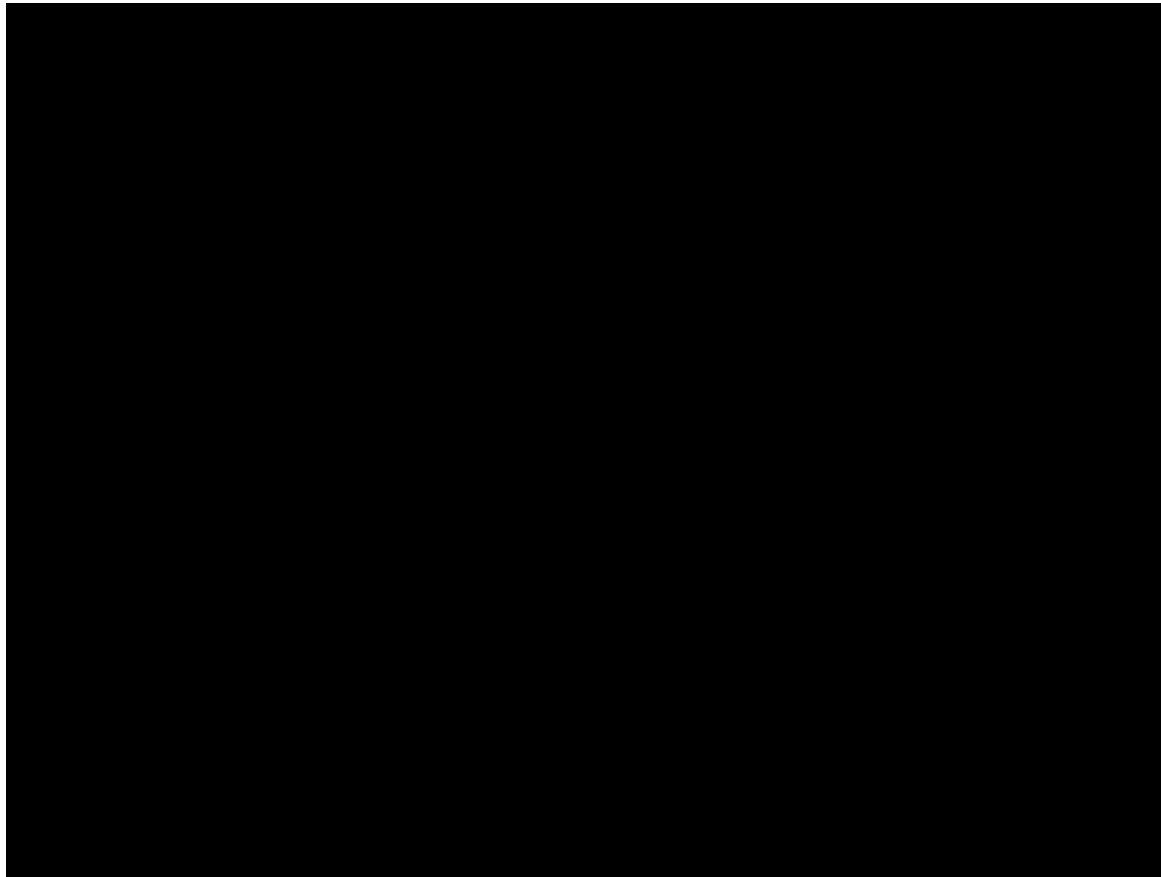
CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

Se realiza prostatectomía radical laparoscópica .






CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

Se realiza prostatectomía radical laparoscópica .



Respuesta especialista URO

Tratamiento quirúrgico en CaP (gold standard):

- Retropubica abierta/laparoscópica/robótica.
(= F / Onco , > EM, transfusió, compl. postQ).
- Linfadenectomía: riesgo $\frac{1}{2}$ y . ¿Trto adyuvante?
- Indicaciones : 1. CaP  riesgo o $\frac{1}{2}$ + EV > 10 años
2. CaP alto R o N1 seleccionados.
- Resultados: 1. SCE a 10 a. 94-98%.
2. pT3a. SLPB 43-60%
SCE 57-90%  a 10 años
PSA > 20. SLPB 44% / 53% (5/10 años)

CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

COMPLICACIONES PRECOCES

Hemorragia
Fuga urinaria
Infección: urinaria, HQ
Íleo paralítico
Lesión intestinal
Fístula recto-uretral
Desubicación o caída del catéter vesical
Retención por obstrucción del catéter

COMPLICACIONES TARDÍAS

- Problemas control Continencia
- Estenosis de la anastomosis: disfunción de vaciado
- Disfunción eréctil
- Retención crónica orina

CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

Control de la Continencia

- Terapia conductual
- Entrenamiento miccional/vaciado
- Regularidad ingesta líquida
- Ejercitar músculos suelo pélvico
- Electroestimulación
- Fármacos
- Dispositivos existentes

Disfunción Eréctil

Detección del problema
Rehabilitación precoz y multifocal
Asesoramiento estilos de vida:
 Incrementar ejercicio
 Dieta y peso
 Evitar hábitos tóxicos
Proporcionar visita especialista

Vigilancia/Control/Seguimiento

Determinación periódica signos vitales
Signos de infección
Signos de fístula
Detección edemas en EEII
De los catéteres: drenajes y sonda
De la incisión quirúrgica/integridad piel
Manejo del dolor
Protección contra las infecciones
Eliminación urinaria
Eliminación fecal

CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

Aspectos Psicosociales

Relación terapéutica enfermera-paciente
Facilitar la expresión de sentimientos
Potenciar el afrontamiento
Potenciar la autoestima
Potenciar el rol que ocupaba previo a la cirugía
Ayuda en la desesperanza

**EL PACIENTE PARTICIPA
EN LA TOMA DE DECISIONES
Y AUTOCUIDADOS**

**LA FAMILIA PARTICIPA EN EL
CUIDADO DEL PACIENTE**

Educación Sanitaria

Asesoramiento en lo referente a:
Gestión de la propia salud
Alimentación
Eliminación
Actividad-ejercicio
Sueño-descanso
Cognitivo-perceptual
Autopercepción
Rol relaciones
Sexualidad
Adaptación-tolerancia al estrés
Valores-creencias

CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria



CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

En un paciente prostatectomizado portador de drenaje se observa un incremento del débito con aspecto serohemático.

¿Hemos de pensar en una fuga urinaria?

A: Sí

B: No

En caso afirmativo,

¿cómo se confirma si es orina?

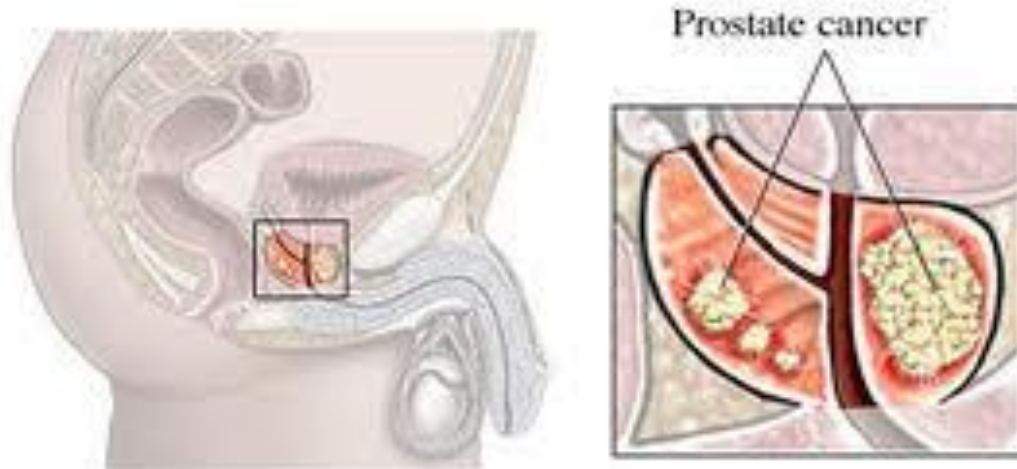
A: Por el aspecto del líquido drenado.

B: Con estudio biológico del débito.

CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

AP. PROSTATA (PROSTATECTOMIA RADICAL):

- ADENOCARCINOMA PATRON COMBINADO DE GLEASON 7 (4+3) QUE AFECTA AMBOS LOBULOS PROSTATICOS FUNDAMENTALMENTE EL DERECHO, DONDE ALCANZA UNA DIMENSION MAXIMA DE 3 X 1,5 CM.
- Márgenes libres, ausencia de afectación extraprostática.
- Ganglios ilio-obturatrices: negativos.



CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

¿Qué seguimiento requiere el paciente?

A: No requiere. Está curado, al no tener márgenes afectos ni ganglios +.

B: Controles con PSA periódicos.

En caso afirmativo,
¿lo ha de seguir el médico de AP?

A: Sí

B: No

Respuesta especialista URO

- Determinaciones de PSA x especialista.

* Trto de complicaciones post-Q

* Detección fallo de tratamiento.

- Recidiva BQ: 2 PSAs > 0'2-0'4 ng/ml

Reacidiva	Local	A distancia
TDPSA:	>12m	<4m.
vPSA:	<0'75 (94%)	> 0'75 (56%).
Estadio:		≥ pT3a / N1.
T a rBQ:		< 1 año

- Dx imagen: TAC /RMN/ Ygrafia ósea → PSA>20

RMN endorectal: R.local (PSA>2).

11C PET/TC: S(89%)/E(40%) en PSA<2'5

Respuesta especialista URO

- * Trto de la recurrencia. Comités Multidisciplinarios.
 - RDT lecho quirúrgico: 64-66 Gy con PSA < 1'5 ng/ml.
 - Observación: En r.local x rechazo/comorbilidades.
 - Ok! si Gleason ≤ 7 / T a rBQ > 2 a. / TDPSA > 10m.
 - Terapia Hormonal: En r. a distancia.
 - Inicio Precoz \uparrow T progresión M1 / = SG y SCE.



CASO CLÍNICO. Actitud en Atención Primaria

CONCLUSIONES

- Screening CaP en pacientes con ant.fam o que deseen comprometerse.
- PSA ↑ en paciente < 70 años / TR patológico → Bx P.
- E. Extensión: TAC abd → $G \geq 7 \pm Yg$ ósea → PSA > 20.
- PR en riesgo ↓ o 1/2 en ≤ 74 a. (gold standard).
- Cuidados de ENF son básicos como soporte a:
trto complicaciones , vigilancia, educación sanitaria y aspectos psicosociales.
- Seguimiento tras PR mediante control PSA x especialista:
trto complicaciones, detección/dx rBQ, trto rBQ (comité multidisciplinario).