



INNOVAR ES...

Cáncer de próstata: detección, tratamientos y tabúes



Entrevista con **ANA POLANCO**, directora médica para México de Astellas.

El cáncer de próstata es el tipo de cáncer más prevalente en México: afecta a 42 hombres por cada cien mil habitantes. Se han desarrollado diversas alternativas terapéuticas gracias a las cuales la sobrevivencia de los pacientes ha aumentado de manera dramática, pero la detección temprana es esencial para iniciar un tratamiento oportuno. Esto sigue siendo un enorme pendiente en México, donde 60% de los casos de este cáncer son detectados en etapas avanzadas.

¿Qué es el cáncer de próstata?

La próstata o glándula prostática es parte del sistema reproductor masculino. Se encuentra debajo de la vejiga y tiene como una de sus funciones principales producir líquido prostático, que ayuda a los espermatozoides en la maduración y a que puedan llegar a una fecundación exitosa. El cáncer de próstata es el aumento desmedido por la duplicación y/o replicación de las células en este órgano.

¿A quiénes afecta principalmente?

Aproximadamente 97% de los casos de cáncer de próstata se producen en hombres mayores de 50 años, y entre 70 y 80% en mayores de 65 años. Los hombres de origen africano tienen mayor riesgo de padecerlo que los asiáticos; en las personas caucásicas el riesgo es medio.

Un factor de riesgo muy importante son los antecedentes familiares. Si el

hombre tiene familiares con cáncer de próstata en línea directa, como su padre o su abuelo, es dos veces más factible que tenga cáncer de próstata. Si tiene más de un familiar, esta proporción aumenta hasta cinco veces, y hasta once veces si tiene dos o más familiares. La existencia de familiares directos mujeres con cáncer de mama o de ovarios también es un factor de riesgo para la aparición de cáncer de próstata.

En cuanto al estilo de vida, factores como el sedentarismo, la obesidad o el tabaquismo pueden influir, aunque no son determinantes.

¿Cuántas personas viven con cáncer de próstata a nivel mundial y en México?

El cáncer de próstata es el tipo de cáncer más común en hombres. En algunos países como México es el tipo de cáncer más común. En 2020, aproximadamente había 30.7 hombres por cada cien mil habitantes con cáncer de próstata en el mundo; en México, esta incidencia es mayor: 42 hombres por cada cien mil habitantes. A manera de comparación, las incidencias del cáncer de mama, de cervix y de colon son, respectivamente, de 40.5, 12.6 y 10.6 por cada cien mil habitantes.

Además, tiene una mortalidad relativamente alta: si en el mundo la mortalidad es de 7.7 hombres por cada cien mil habitantes, en México es de 10.6 hombres por cada cien mil habitantes.

¿Cuándo se identificó por primera vez el cáncer de próstata? ¿Cómo se ha tratado a lo largo de los años?

Hasta hace relativamente poco tiempo, el cáncer de próstata se consideraba raro. Recordemos que se presenta con mayor frecuencia en hombres que sobrepasan los 50 o 60 años, y apenas hace unas décadas que logramos tener una esperanza de vida general de más de 60 años.

La patología más común en la próstata es la hiperplasia prostática benigna, que es un crecimiento no canceroso de la próstata. Hasta bien entrado el siglo XIX se consideraba que esta y el cáncer de próstata eran la misma enfermedad. En 1853, el cirujano inglés John Adams, a partir del estudio de tejidos, describió el cáncer de próstata e hizo un diagnóstico que lo diferenció de la hiperplasia benigna.

A principios del siglo XX se empezó a hacer común el procedimiento de la extracción quirúrgica de la próstata en cualquier paciente que tenía una sospecha de hiperplasia prostática o de cáncer de próstata. Esto permitió a los patólogos hacer estudios histológicos mucho más frecuentemente. Encontraron incidencia de cáncer prostático en aproximadamente entre 10 y el 15% de las muestras que analizaron. La patología fue plenamente reconocida y se empezaron a buscar tratamientos diferentes a los que se usaban para la hiperplasia prostática.

En octubre, el mes del cáncer de mama, vemos por todas partes el moño rosa que se ha vuelto **símbolo de esa enfermedad**. Pero muy poca gente sabe que noviembre es el mes del cáncer de próstata.

Se ha logrado reducir la mortalidad en dos tercios.

Pero para seguir avanzando necesitamos que el cáncer de próstata pase de ser una enfermedad que aqueja a los hombres a una que concierne a toda la sociedad.

La extracción de la próstata era un procedimiento muy invasivo y doloroso, pues implicaba abrir el abdomen o el perineo. Había una gran posibilidad de infecciones que complicaban las cirugías y tenía consecuencias como la incontinencia urinaria o la impotencia. Algunos pacientes respondían bien a esta intervención –probablemente se trataba de los que estaban en etapas tempranas de la enfermedad–, pero para otros no hacía diferencia. Hoy sabemos que cuando el cáncer de próstata se encuentra avanzado, la extracción de la próstata no es útil. Aún se recomienda para pacientes que están en etapas tempranas de la enfermedad, en las que se puede retirar con seguridad el 100% del tumor que se encuentra dentro de la próstata, y se realiza con técnicas menos invasivas.

A mediados del siglo XX se empezó a comprender el funcionamiento de las hormonas que son responsables del desarrollo del sistema reproductivo y los caracteres sexuales secundarios. Los estrógenos están más presentes en las mujeres y los andrógenos en los hombres, aunque ambas aparecen en menores cantidades en sexos opuestos.

Se hicieron en esos años experimentos en perros para comprender mejor el efecto de la castración en la próstata. Se pudo ver que la secreción testicular de andrógenos fomenta el crecimiento de las células de la próstata, tanto las cancerosas como las que no lo son. A raíz de esto se empezó a practicar,

además de la prostatectomía, la castración quirúrgica, con resultados que dependían del estadio de la enfermedad.

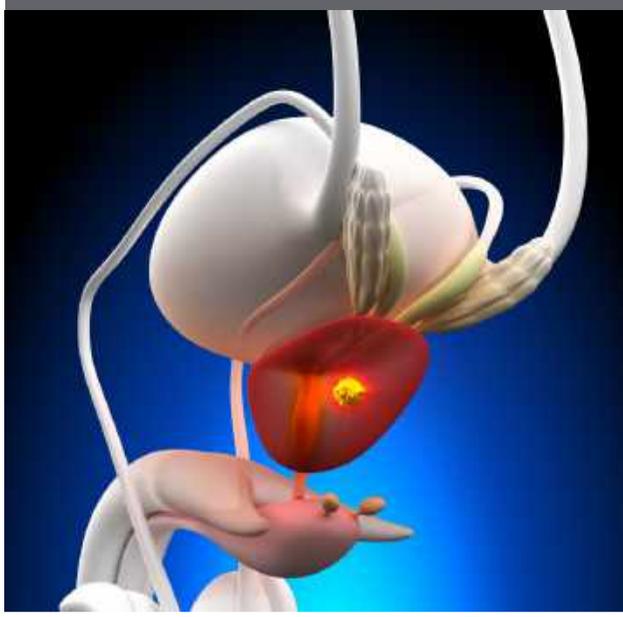
¿A partir de qué momento empezamos a contar con opciones farmacológicas para el tratamiento del cáncer de próstata?

Conforme se estudió el efecto de los estrógenos en los pacientes, se encontró que, como estos inhiben a los andrógenos, administrarlos producía el mismo efecto que la castración en algunos pacientes.

No era un efecto permanente, porque cuando el sistema metabólico notaba que había demasiados estrógenos, incrementaba la producción de andrógenos en los testículos. El tratamiento funcionaba en un primer momento, pero dejaba de hacerlo después.

Esto condujo al desarrollo de los llamados tratamientos hormonales, enfocados en bloquear la producción de andrógenos. Se vio que eran muy eficaces y lograban el efecto de la castración quirúrgica sin tener que intervenir a los pacientes. Fue un gran avance, porque la castración física tiene efectos psicológicos muy importantes. Hoy en día está contraindicada.

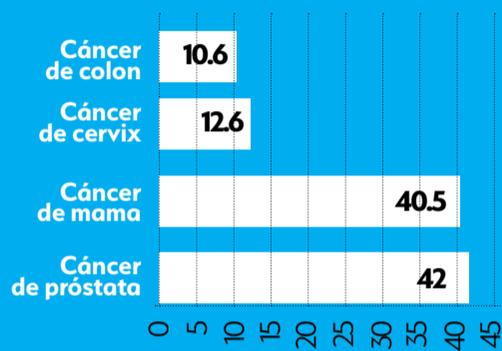
Pero estos tratamientos no lograron resolver por completo el problema. Pasado un tiempo, los niveles de andrógenos y de otros biomarcadores como el antígeno prostático específico volvían a subir, y la enfermedad seguía



CÁNCER DE PRÓSTATA

El de próstata es el tipo de cáncer más común en México.

Casos por cada cien mil habitantes. Cifras de 2020.



Es el cáncer más común en México, con una incidencia de 42 hombres por cada cien mil habitantes. Aproximadamente 97% de los casos de cáncer de próstata se producen en hombres mayores de 50 años, y entre 70 y 80% en mayores de 65 años.

Un reto persistente es crear conciencia en la población masculina de la importancia de detección temprana. Esta permite monitorear el progreso del cáncer y administrar el tratamiento indicado en el momento oportuno.

Con un tratamiento adecuado, 99% de los pacientes tiene una sobrevida de cinco años tras la detección del cáncer, y 80% puede tener una sobrevida de más de 10 años.

progresando. Este fenómeno se llama resistencia a la castración.

Hace alrededor de 10 años se empezaron a desarrollar las que conocemos como nuevas terapias hormonales, con dos mecanismos de acción muy diferentes, pero muy eficaces.

Uno de ellos es la inhibición completa del sistema enzimático que produce hormonas a partir del colesterol. Los medicamentos que tienen este mecanismo impiden que se produzcan andrógenos, lo cual tiene un efecto muy importante respecto a la resistencia a la castración. Estos medicamentos proporcionan un periodo más largo de sobrevida libre de enfermedad.

También en años recientes se han desarrollado tratamientos cuyo mecanismo de acción es bloquear el receptor de los andrógenos. Cuando los andrógenos se unen a las células a través de un receptor, activan un proceso que hace que las células se multipliquen y que este proceso está acelerado durante el cáncer. Estos medicamentos ocupan el mismo receptor e impiden que los andrógenos puedan unirse a las células. Al no recibir ese estímulo de los andrógenos, las células terminan por morir, lo que hace que los tumores se reduzcan.

Los medicamentos hormonales de primera generación se utilizan en conjunto con los bloqueadores del receptor de andrógenos. En las primeras etapas de la enfermedad, cuando el tumor empieza a crecer y todavía se

encuentra dentro de la próstata, sin metástasis hacia otros órganos, se administran los primeros, para reducir la producción de andrógenos. Conforme aparece la resistencia a la castración, se adicionan los segundos, que impiden que los andrógenos que escapan al primer tratamiento puedan funcionar.

¿Cómo ha cambiado el panorama para las personas que vive con cáncer de próstata conforme se han desarrollado tratamientos cada vez más eficaces?

Hay cánceres de próstata de bajo riesgo y de alto riesgo. Los pacientes que tienen el primer tipo deben ser observados, pero pueden estar sin tratamiento o recibir uno muy ligero, y suelen vivir muchos años.

Los pacientes de alto riesgo son aquellos en quienes la enfermedad tiene una evolución más acelerada. Estos pacientes se tienen que identificar, y hace 50 años muy probablemente esto no ocurría. A todos se les daba el mismo tipo de tratamiento, de tal manera que la enfermedad podía avanzar rápidamente. Hoy hemos logrado reducir en dos tercios la mortalidad.

Lo mismo ha ocurrido con el periodo libre de enfermedad de los pacientes. Quienes reciben un tratamiento adecuado tienen una sobrevida de más de 99% en los primeros cinco años de detección de su cáncer, y pueden llegar a tener una sobrevida de 80% a más de 10 años. Evidentemente, tenemos que

trabajar para ofrecer mayores ventajas al 20% que estamos perdiendo en el transcurso de este tiempo.

¿Hacia dónde se enfila la innovación en el tratamiento del cáncer de próstata?

A lo largo de las últimas dos décadas se han hecho descubrimientos que nos han ayudado a entender mejor la biología molecular del cáncer en general, y del cáncer de próstata en particular. La investigación actual está centrada en encontrar alternativas para aquellos pacientes en quienes los tratamientos actuales no son eficaces.

Se sabe, por ejemplo, que hay pacientes que tienen genes específicos, llamados BCL o BRCA, que pueden ser los que provocan el cáncer de próstata y están involucrados en su desarrollo. Se están estudiando moléculas que tienen blancos terapéuticos muy específicos para pacientes que tienen estos genes positivos.

También se está comprendiendo la participación del sistema inmunológico. Se sabe que los cánceres en general –y el de próstata no es la excepción– tienden a esconderse del sistema inmunológico, usando ciertos receptores que evitan que este los reconozca como células disfuncionales y las destruya. Lo que se estudia es la forma en que podemos hacer que las células de cáncer presenten receptores para que el sistema inmunológico cumpla adecuadamente esa función. Esta aproximación, que

se llama inmunoterapia, es una línea de investigación que ha tenido mucho impulso.

¿Cuáles son los retos que persisten en cuanto al diagnóstico del cáncer de próstata?

Nos hace falta identificar la enfermedad en etapas tempranas. En Estados Unidos, de 80 a 90% de los pacientes son detectados de forma temprana, por lo que tienen muchas posibilidades de recibir tratamientos curativos.

Muy desafortunadamente, en México la proporción es al revés: aproximadamente 60% de los pacientes llega en etapas avanzadas. En esos casos la calidad de vida disminuye, porque ya hay dolor y metástasis en huesos y otros órganos, que hacen mucho más difícil el tratamiento. Los tratamientos que se tienen que dar, como la quimioterapia, son mucho más agresivos y tienen efectos adversos. La detección temprana es más importante que cualquier otra cosa que podamos hacer con los pacientes.

Asimismo, es fundamental remediar el gran desconocimiento entre los médicos de primer contacto. A veces los pacientes tardan mucho en ser atendidos por un especialista, no porque no hayan acudido con un médico, sino porque este no tuvo en la mente la posibilidad de que el paciente estuviera cursando con un cáncer de próstata y no lo canalizó pronto con un especialista. Ya desde las currículas de las universidades

que enseñan medicina debe enfatizarse la importancia de la detección oportuna de los cánceres.

¿Cómo interfieren los factores culturales en la detección temprana?

Se hacen muchos esfuerzos para que la gente entienda la importancia de la revisión continua, pero no hemos logrado alcanzar ese objetivo con el mismo éxito que en otros tipos de cáncer.

Llevamos más de 25 años haciendo campañas para la detección oportuna del cáncer de mama, y al inicio nos enfrentábamos a tabúes de las mujeres y de sus parejas. No estaba bien visto que se hicieran revisiones, tanto personales como a cargo de médicos, para buscar protuberancias mamarias. Sin embargo, hemos logrado que exista una gran conciencia sobre la importancia de la detección oportuna. Octubre es el mes del cáncer de mama, y en esas fechas vemos por todas partes el moño rosa que se ha vuelto símbolo de esa enfermedad. Pero muy poca gente sabe que noviembre es el mes del cáncer de próstata.

Hace unos años, el cáncer de mama era mucho más frecuente que el de próstata. Esto ha cambiado porque la gente está muy consciente, a las mujeres ya no les da pena hablar del cáncer de mama, las sobrevivientes comparten sus experiencias para alertar a otras mujeres. Eso no lo hemos logrado en cáncer de próstata. Nos hace falta seguir trabajando como sociedad para lograr el mismo nivel de visibilidad.

Por otra parte, sigue existiendo un tabú en torno a la revisión rectal, la forma por excelencia de diagnóstico de este cáncer porque es muy fácil identificar una próstata que se encuentra alterada. Es un examen muy sencillo, que no duele, que dura menos de un minuto, y puede dar una muy buena idea de que algo esté mal con la próstata. Sin embargo, no hemos podido convencer a la población masculina de que se haga esa revisión una vez al año.

Eso es algo con lo que tenemos que seguir trabajando tanto en hombres como en mujeres, que muchas veces somos las que empujamos para que ellos entiendan la necesidad y la importancia de revisarse.

Hace pocos años se realizó en Colombia la campaña “Próstata tu prioridad. Juntos por la misma causa”, que iba dirigida tanto a los hombres como a las mujeres, pensando en sensibilizar a esposas, madres, hijas sobre la importancia de la revisión...

Eso funcionó también en la campaña de cáncer de mama. Cuando se empezó a involucrar a los hombres, pasó de ser una enfermedad de las mujeres a ser una enfermedad que concernía a toda la sociedad. Eso es lo que hay que lograr con el cáncer de próstata. Es un enfoque que tendríamos que trabajar más en México.



Este artículo fue publicado en el número 9 (marzo / junio 2022) del *Tamiz Cuatrimestral*

[Leer aquí](#)