



11

Glosario de términos

Active surveillance: Vigilancia activa.

Agonistas LHRH: Son hormonas que inhiben la producción de andrógenos (testosterona) por parte de los testículos.

Análogos LHRH: Agonistas LHRH.

Adyuvante: Aplicación del tratamiento hormonal después del principal.

Biopsia por punción: aspiración con aguja fina de tejido prostático. El método estándar es la vía transrectal guiada por ultrasonidos.

Bloqueo androgénico completo: Utilización de agonistas de LHRH + antiandrógenos.

Braquiterapia: Forma de radioterapia en la que se insertan semillas radiactivas directamente dentro de la próstata.

Cáncer de próstata avanzado: Muchos estudios utilizan este término para referirse de manera global a los que tienen afectación localmente avanzada, ganglionar o metastásica.

Castración química: Utilización de agonistas LHRH.

Castración quirúrgica: Orquiectomía.

Crioterapia: Utilización de técnicas de congelación (crioablación de la próstata) para eliminar completamente el tejido prostático.

Dosis (en radioterapia): cantidad de energía procedente de radiación que se deposita en un volumen o punto de un tejido biológico y es absorbida.

Esperar y ver (Watchful waiting): Consiste en no hacer nada hasta que aparezca progresión de la enfermedad o aparición de síntomas, momento en el que puede plantearse la aplicación de un tratamiento paliativo.

Fraccionamiento (en radioterapia): descripción del reparto de la dosis, especificando la dosis que se aplicará al día y a la semana. El fraccionamiento estándar habitual en cáncer de próstata es de 200 cGy al día, 5 sesiones a la semana (1000 cGy/semana).

Hipofraccionamiento (en radioterapia): fraccionamiento que se realiza con mayor dosis por sesión que el fraccionamiento estándar, lo que disminuye el número de sesiones y normalmente también la dosis total.

Hormonorrefractariedad: En algunos documentos se considera sinónimo de andrógeno-independencia. En esta documento, con este término nos referimos al tumor prostático refractario a tratamientos hormonales de primera y segunda línea.

Hormonoterapia de primera línea: En esta documento, con este término nos referimos al tratamiento con supresión androgénica o con bloqueo androgénico completo.

Hormonoterapia de segunda línea: En esta documento, con este término nos referimos a las posibilidades de tratamiento hormonal no incluidas en la primera línea (ketoconazol, progestágenos como el AMP, estrógenos, corticoides, bicalutamida a altas dosis –150 mg/día y otras maniobras hormonales).

Linfadenectomía: Procedimiento quirúrgico en el que se extraen ganglios linfáticos para su análisis. En el cáncer de próstata se hace habitualmente junto con la prostatectomía radical.

Metástasis: Extensión del cáncer más allá de su sitio primario vía sanguínea o linfática.

Mortalidad cáncer-específica: Muerte debida al cáncer de próstata.

Mortalidad global: Muerte debida a cualquier causa.

Nadir del PSA: Se trata del valor del PSA más bajo alcanzado tras cualquier tratamiento para el cáncer de próstata.

Neoadyuvante: Tratamiento que se aplica antes que el tratamiento principal.

Órgano-confinación: Tumor que se encuentra en los estadios T1–T2.

Orquiectomía: Orquidectomía. Castración quirúrgica. Extracción quirúrgica de los testículos con el objetivo de reducir los niveles de testosterona.

Progresión biológica: Empeoramiento del grado histológico en biopsia confirmada.

Progresión bioquímica: Situación en la que el paciente que había recibido un tratamiento con intención curativa para el cáncer de próstata supera determinado nivel de PSA, lo que indica un riesgo significativamente alto de morbilidad o mortalidad debida al tumor.

Progresión clínica: No existe una definición única, pero normalmente se considera que es la situación en la que el paciente con cáncer de próstata experimenta progresión en el estadio TNM, aumento del tamaño de la lesión primaria en el tacto rectal, evidencia radiológica de metástasis a distancia y/o cuadro clínico relacionado con empeoramiento de la enfermedad, como hematuria por invasión vesical, obstrucción uretral, necesidad de resección transuretral de la próstata, etc.

Progresión de la enfermedad: No existe una definición única, pero normalmente se considera que es la situación en la que el paciente con cáncer de próstata experimenta progresión clínica, progresión biológica o aumento del PSA (valorado según el tiempo de duplicación del PSA y/o el valor del PSA total).

Progresión local: En pacientes que recibieron tratamiento con intención curativa, presencia de tumor en la zona de origen de la neoplasia. En pacientes con tratamiento expectante, crecimiento del tumor existente.

Prostatectomía radical: Extracción completa de la próstata, de ambas vesículas seminales y de las ampollas de los conductos deferentes. Se puede hacer junto con linfadenectomía pélvica.

PSA (antígeno específico prostático): Proteína producida por la próstata y que se identifica en sangre. Existen tres formas de PSA circulante: PSA libre, PSA unido covalentemente a la alfa-1 antitripsina (PSA-ACT) y PSA combinado con la alfa-2 macroglobulina (PSA-MG). El PSA total es la suma de estos 3 valores y es el que se detecta con los análisis de sangre habituales.

PSA nadir: Nadir del PSA.

Radioterapia externa: Forma de radioterapia en la que se utiliza radiación ionizante (por ejemplo, rayos X de alta energía) producida en una máquina y dirigida hacia el tumor desde fuera del paciente.

Recaída bioquímica: Progresión bioquímica.

Recidiva bioquímica: Progresión bioquímica.

Radioterapia radical: Utilización de técnicas radioterápicas próximas al límite de tolerancia de los tejidos normales, con el objetivo de eliminar completamente el tumor.

Supervivencia cáncer específica: Pacientes que, tras un periodo de tiempo, no han muerto debido al cáncer de próstata.

Supervivencia libre de progresión bioquímica: Pacientes que, tras un periodo de tiempo, no han experimentado progresión bioquímica.

Supervivencia libre de progresión clínica: Personas que, tras un periodo de tiempo, no han experimentado progresión clínica.

Supervivencia general: Supervivencia global. Personas que continúan vivas tras un periodo de tiempo.

Supresión androgénica: Bloqueo androgénico.

Tacto rectal: Examen físico en el que el profesional sanitario introduce un dedo protegido por un guante y lubricado en el recto del paciente para detectar anomalías

Tratamiento con intención curativa: Tratamiento radical.

Tratamiento de rescate: Se ofrece a pacientes en los que aparece progresión bioquímica con la intención de prevenir la aparición de resultados adversos producidos por el cáncer de próstata diseminado.

Tratamiento expectante: Observación del paciente, normalmente siguiendo la estrategia “esperar y ver”, aunque a veces se refiere a otra actitud que no es un estándar de actuación, la “vigilancia activa”.

Tratamiento general: Consiste en aplicar un tratamiento de forma sistémica (vía intravenosa, vía oral), no dirigida a una zona específica del cuerpo. Para el cáncer de próstata, los tratamientos generales más utilizados son la hormonoterapia o la quimioterapia con antineoplásicos.

Tratamiento hormonal: En el cáncer de próstata consiste en eliminar y/o bloquear las hormonas que estimulan el crecimiento de las células prostáticas malignas.

Tratamiento hormonal continuo: Tratamiento hormonal no interrumpido.

Tratamiento hormonal intermitente: Aquel tratamiento hormonal que se interrumpe durante un tiempo, hasta que se decide su reinicio, normalmente debido a que su evolución clínica o variaciones en su nivel de PSA aconsejan su reinicio.

Tratamiento local: Consiste en actuar directamente sobre las células tumorales localizadas en una zona determinada.

Tratamiento radical o con intención curativa: el que tiene el objetivo de eliminar completamente el tumor.

Valor nadir: Nadir del PSA.

Vigilancia activa: Active surveillance/monitoring. Consiste en no hacer nada hasta que aumente la agresividad del tumor, momento en el que se inicia un tratamiento con intención curativa.

Watchful waiting: Esperar y ver.