

Comparación de la calidad de vida tras el tratamiento radical en cáncer de próstata: prostatectomía radical frente a radioterapia externa

Comparison of quality of life after radical treatment in prostate cancer: radical prostatectomy versus external radiotherapy

Laura Vera-Álamo^{1*}, Paula León-Medina^{1,2}, Carmen N. Hernández-Flores³, José V. Armas-Molina^{1,2} y José L. Artilles-Hernández¹

¹Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria; ²Departamento de Urología, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ³Departamento de Matemáticas, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas, España

Resumen

Objetivo: Determinar y comparar los resultados funcionales y de calidad de vida de pacientes con cáncer de próstata tratados con intención curativa durante el año 2015 en nuestro centro. **Método:** Se incluyeron 77 pacientes sometidos a prostatectomía radical (PR) o radioterapia externa con terapia de privación androgénica (TDA). Se realizaron el Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice (EPIC-CP) tras 3 años de seguimiento y el Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Próstata (CAVIPRES-30) al diagnóstico y a los 3 años. **Resultados:** Se incluyeron 68 pacientes, 39 con PR y 29 con radioterapia más TDA. De los pacientes intervenidos, el 61.5% están secos y el 17.9% usan tres o más compresas, diarias frente al 72.4% y el 6.8%, respectivamente, en el grupo de radioterapia. El 48.7% de los prostatectomizados refieren erecciones muy malas o ninguna, frente al 69% de los radiados. Tras la cirugía, el 43.6% refieren mala o muy mala calidad de vida, frente al 68.9% de los radiados. En la comparación de los datos del cuestionario pre- y postratamiento, los pacientes tenían una percepción superior antes del procedimiento. **Conclusiones:** Los pacientes tratados mediante cirugía tienen una mejor percepción de su calidad de vida relacionada con la salud que los radiados.

Palabras clave: Cáncer de próstata. Prostatectomía radical. Radioterapia externa. Calidad de vida. Cuestionario.

Abstract

Objective: To assess and compare the functional and quality of life results in patients treated with curative intent for localized prostate cancer during 2015 in our hospital. **Method:** 77 patients treated by radical prostatectomy or external radiotherapy with androgen deprivation were prospective enrolled. Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice (EPIC-CP) questionnaire at 3-year follow-up and Spanish Questionnaire on Quality of Life in Patients with Prostate Cancer (CAVIPRES-30) at diagnosis and at 3-year follow-up were registered. **Results:** 68 patients were included, 39 patients treated by radical prostatectomy and 29 received external radiotherapy with androgen deprivation. Among the operated patients, 61.5% were dry and 17.9% use three or more daily pads, compared to 72.4% and 6.8%, respectively, in the radiotherapy group. 48.7% of prostatectomized patients reported very poor or no capacity to have a sufficiently rigid erection, compared to 69% of the radiated group.

*Correspondencia:

Laura Vera-Álamo

E-mail: ldverala@gmail.com

0009-7411/© 2023 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 05-05-2022

Fecha de aceptación: 28-02-2023

DOI: 10.24875/CIRU.22000249

Cir Cir. 2024;92(2):255-263

Contents available at PubMed

www.cirurgiaycirujanos.com

After surgery, 43.6% considered bad or very bad quality-of-life, compared to 68.9% in the radiotherapy group. In the comparison of the data of the pre- and post-treatment questionnaire can be seen that the patients had a superior perception before the procedure. **Conclusions:** Patients treated by surgery have a better perception of quality-of-life compared to those treated by radiotherapy.

Keywords: Prostate cancer. Radical prostatectomy. External radiotherapy. Quality of life. Questionnaire.

Introducción

El cáncer de próstata (CP) es el segundo tipo de cáncer más frecuente y la quinta causa de muerte relacionada con cáncer entre los varones¹. La incidencia se ha incrementado en los últimos años y se espera que su elevada prevalencia haga del tratamiento de este tumor un importante problema en su manejo, por la merma en la calidad de vida (CV) que supone en los pacientes con una favorable supervivencia global y específica de cáncer a largo plazo².

La esperanza de vida media para el CP confinado al órgano es de 13.8 años, y por ello la evaluación de la CV es crucial por el prolongado tiempo que se pueden sufrir las secuelas del tratamiento: incontinencia urinaria, sangrado, toxicidad gastrointestinal y la disfunción eréctil, entre otras³.

Una evaluación de los resultados funcionales es fundamental para comprender la situación de los hombres que viven con CP. En la actualidad se dispone de varios cuestionarios validados específicos para la CV en general y la CV relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con CP, como el FACT-P⁴, el EORTC-QLQ-PR25⁵, el UCLA-PCI⁶, el EPIC-CP⁷, el ROSQOLI⁸, el QOLM-P⁹ y el CAVIPRES¹⁰. Cabe señalar que la interpretación correcta de los resultados de estos test se ve influenciada por la distinta significación clínica de los parámetros medidos, así como por el entrenamiento limitado de los médicos en el uso de estos instrumentos; además, muchos son adaptaciones de las versiones originales en inglés, pudiendo existir diferencias en la traducción.

El Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Próstata (CAVIPRES-30), desarrollado y validado en España, constituye una herramienta manejable, sensible y específica para evaluar la CV en pacientes con CP¹⁰. El *Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice* (EPIC-CP) es un cuestionario específico para la evaluación del impacto de los tratamientos en la CV de los pacientes con CP, cuya versión en español se encuentra validada y presenta una excelente

sensibilidad al cambio de idioma, resultando útil en nuestro medio⁷.

El objetivo del presente estudio fue determinar los resultados funcionales y de CV tras tratamientos radicales para el CP localizado en nuestro centro, mediante la aplicación de cuestionarios específicos y la comparación de sus resultados en cada grupo de tratamiento.

Método

Se realizó un estudio prospectivo no aleatorizado, en el que se reclutaron 77 pacientes con CP localizado tratados mediante prostatectomía radical (PR) o radioterapia externa con terapia de deprivación androgénica (RDT + TDA), de enero a diciembre de 2015. De los 39 pacientes intervenidos, 18 fueron sometidos a cirugía abierta (PR retropúbica) y 21 a cirugía laparoscópica por el mismo equipo de cirujanos en ambos casos. Ningún paciente fue sometido a linfadenectomía. Los pacientes tratados con RDT (29) recibieron 46 Gy en 23 fracciones de 2.00 Gy al día sobre el volumen prostático, las vesículas seminales y los ganglios pélvicos con margen de seguridad, usando fotones de 6 MV procedentes de un acelerador lineal TrueBEAM y técnica VMAT (RapidArc) con dos arcos dinámicos conformados con colimador multi-láminas, asociando Boost con braquiterapia de alta tasa con una fracción única de 15 Gy. Los pacientes radiados recibieron TDA 6 meses (riesgo intermedio) o 2 años (alto riesgo). Ningún paciente recibió braquiterapia exclusiva. Se excluyeron seis pacientes por recidiva oncológica posterior que precisó tratamiento de rescate y tres por pérdida de seguimiento.

La obtención de los datos se llevó a cabo mediante entrevista estructurada directa con los cuestionarios EPIC-CP y CAVIPRES-30. Cada paciente firmó previamente el consentimiento informado. Ambos se aplicaron a los 3 años de la finalización del tratamiento, y el CAVIPRES-30 también en el momento del diagnóstico.

El EPIC-CP está compuesto por 50 ítems que cubren cuatro dominios específicos: urinario, intestinal, sexual y hormonal. Cada dominio contiene tres preguntas con opciones de respuesta en una escala de 0 a 4 puntos (a menor puntuación, mejor percepción de la CVRS). En el presente trabajo hemos utilizado cada cuestión como variable que permita la comparación de los resultados en cada grupo⁷.

El CAVIPRES-30 se constituye por 30 preguntas con cinco dominios: aspectos psicológicos, esperanza y futuro, apoyo social y pareja, vida sexual e información y comunicación (a mayor puntuación, mejor será la percepción de la CVRS)¹⁰.

En ambos cuestionarios, el periodo recordatorio es de 4 semanas.

Los datos se analizaron utilizando el paquete R, 3.4.4 (R Development Core Team 2018). Los porcentajes se compararon usando la prueba de χ^2 , las medias mediante la prueba t de Student y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. Para la variable CAVIPRES numérica se utilizó el test de Wilcoxon para datos emparejados. La significación estadística se estableció en $p < 0.05$.

Resultados

Se incluyeron 68 pacientes: 39 sometidos a PR y 29 a RDT + TDA. La mediana de edad en el grupo de PR fue de 62 años y en el de RDT+TDA fue de 69 años. En relación con el riesgo, en el grupo de PR hubo 14 pacientes de bajo riesgo, 21 de riesgo intermedio y 4 de alto riesgo, frente a 2, 16 y 11, respectivamente, en el grupo de RDT + TDA ($p < 0.01$) (Tabla 1).

En cuanto a los hábitos urinarios según el cuestionario EPIC-CP (Tabla 2), en el grupo de PR el 61.5% no usaba compresas, el 17.9% usaba una al día, el 2.6% dos al día y el 17.9% tres o más al día, frente al 72.4%, el 17.4%, el 3.4% y el 6.9%, respectivamente, en el grupo de RDT + TDA ($p = 0.68$).

El 84.6% de los operados no presentaban problemas con la disuria; en el grupo de RDT + TDA, el 48.2% consideraban tener un moderado (17.2%) o gran problema (31%) relacionado con ella ($p < 0.01$).

Ningún paciente prostatectomizado refirió tener problemas relacionados con hematuria, frente a más de la mitad en el grupo de RDT + TDA. El 24% de los pacientes radiados consideraron la hematuria como un problema moderado ($p < 0.01$).

El 48.7% de los pacientes sometidos a PR refirieron una capacidad muy mala o ninguna para tener una

Tabla 1. Descripción de la muestra

	Global (n = 68)	PR (n = 39)	RDT + TDA (n = 29)	p
Edad, años	64 (59-69)	62 (56-66)	69 (64-72)	< 0.0001
PSA				
< 10	55 (80.9%)	35 (89.7%)	20 (69.0%)	0.03
10-20	10 (14.7%)	4 (10.3%)	6 (20.7%)	
> 10	3 (4.4%)	0	3 (10.3%)	
BTRP				
Gleason < 7	23 (33.8%)	19 (48.7%)	4 (13.8%)	0.01
Gleason 7	36 (52.9%)	17 (43.6%)	19 (65.5%)	
Gleason > 7	9 (13.2%)	3 (7.7%)	6 (20.7%)	
Grupos de riesgo				
Bajo riesgo	16 (23.5%)	14 (35.9%)	2 (6.9%)	0.003
Riesgo intermedio	37 (54.4%)	21 (53.8%)	16 (55.2%)	
Alto riesgo	15 (22.1%)	4 (10.3%)	11 (37.9%)	

BTRP: biopsia transrectal de próstata; PR: prostatectomía radical; PSA: antígeno específico de próstata; RDT + TDA: radioterapia externa con terapia de privación androgénica.

erección de calidad, frente al 69% en el grupo de RDT + TDA ($p = 0.27$).

En el grupo de PR, el 53.8% no consideraron ninguna merma en su CV respecto a sus hábitos urinarios actuales, frente al 31% en el grupo de RDT + TDA. En cuanto a la actividad sexual, el 23.1% de los pacientes sometidos a PR la consideraron un gran problema, frente al 17.2% en el grupo de los pacientes de RDT + TDA.

La CVRS determinada por el cuestionario CAVIPRES-30 antes del tratamiento radical en el grupo de PR fue considerada muy mala en el 2.56%, mala en el 12.82%, regular en el 76.92% y buena en el 7.69%; para el grupo de RDT + TDA los datos son 0%, 27.59%, 68.97% y 3.45%, respectivamente ($p = 0.36$).

Tras recibir el tratamiento, la CVRS en el grupo de PR era mala o muy mala en el 43.6%, regular en el 53.8% y buena en el 2.6%, frente al 68.9%, el 31% y el 0%, respectivamente, en el grupo de RDT + TDA ($p < 0.05$).

En la comparación de los valores de CAVIPRES-30 pre- y postratamiento dentro de cada grupo, existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) tanto en el grupo de PR como en el de RDT, hallando una diferencia positiva en ambos casos, lo que se traduce en que los pacientes presentaban mejor percepción de CV previa al procedimiento.

Se estudió la relación que pudiera existir entre grupo de riesgo y presencia o no de comorbilidad, como

Tabla 2. Resultados del cuestionario EPIC-CP

	PR (n = 39)					RDT + TDA (n = 29)					P
Hábitos urinarios											
¿Con qué frecuencia ha tenido pérdidas de orina?											
Más de una vez al día	11 (28.21%)					3 (10.34%)					0.29
Una vez al día	4 (10.26%)					2 (6.9%)					
Más de una vez a la semana	1 (2.56%)					0					
Una vez a la semana	7 (17.95%)					6 (20.69%)					
Nunca o casi nunca	16 (41.03%)					18 (62.6%)					
¿Cuál de las frases siguientes describe mejor cómo controla la orina?											
Ningún control	2 (5.13%)					2 (6.9%)					0.08
Pérdidas frecuentes	8 (20.51%)					2 (6.9%)					
Pérdidas de vez en cuando	17 (43.59%)					8 (27.59)					
Control total	12 (30.77%)					17 (58.62%)					
¿Cuántas compresas o pañales para adultos ha utilizado al día para controlar las pérdidas de orina?											
Ninguna	24 (61.54%)					21 (72.41%)					0.68
Una al día	7 (17.95%)					5 (17.24%)					
Dos al día	1 (2.56%)					1 (3.45%)					
Tres o más al día	7 (17.95%)					2 (6.9%)					
¿Ha sido un problema para usted alguno de los siguientes aspectos?											
Pérdidas de orina	18 (46.5%)	4 (10.26%)	5 (12.82%)	6 (15.38%)	6 (15.38%)	19 (65.52%)	4 (13.79%)	1 (3.45%)	3 (10.34%)	2 (6.90%)	0.39
Dolor o escozor al orinar	33 (84.62%)	2 (5.13%)	2 (5.13%)	2 (5.13%)	0	12 (41.38%)	1 (3.45%)	2 (6.9%)	5 (17.24%)	9 (31.03%)	<0.01
Sangre en la orina	39 (100%)	0	0	0	0	16 (55.17%)	1 (3.45%)	2 (6.9%)	7 (24.14%)	3 (10.34%)	<0.01
Chorro débil o vaciado incompleto	28 (71.79%)	3 (7.69%)	4 (10.26%)	3 (7.69%)	1 (2.56%)	11 (37.93%)	2 (6.9%)	3 (10.34%)	5 (17.24%)	8 (27.59%)	<0.01
Necesidad de orinar con frecuencia	26 (66.67%)	3 (7.69%)	3 (7.69%)	5 (12.82%)	2 (5.13%)	10 (34.48%)	3 (10.34%)	2 (6.9%)	6 (20.69%)	8 (27.59)	0.05
Hábitos intestinales											
¿Ha sido un problema para usted alguno de los siguientes aspectos?											
Ganas urgentes de ir de vientre	35 (89.74%)	2 (5.13%)	0	1 (2.56%)	1 (2.56%)	11 (37.93%)	3 (10.34%)	5 (17.24%)	9 (31.03%)	1 (3.45%)	<0.01
Ir de vientre con mayor frecuencia	37 (94.87%)	0	0	1 (2.56%)	1 (2.56%)	15 (51.72%)	2 (6.90%)	3 (10.34%)	8 (27.59%)	1 (3.45%)	<0.01

(Continúa)

Tabla 2. Resultados del cuestionario EPIC-CP (continuación)

	PR (n = 39)					RDT + TDA (n = 29)					p
	Muy mala o ninguna	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Muy mala o ninguna	Mala	Regular	Buena	Muy buena	
Hábitos intestinales											
Pérdidas de control (no tener deposiciones)	38 (97.44%)	0	0	0	1 (2.56%)	22 (75.86%)	4 (13.79%)	0	0	3 (10.34%)	0.01
Deposiciones con sangre	37 (94.87%)	0	1 (2.56%)	0	1 (2.56%)	20 (68.97%)	6 (20.68%)	0	3 (10.34%)	0	< 0.01
Dolor abdominal, de recto, de pelvis o de bajo vientre	35 (89.74%)	2 (5.13%)	1 (2.56%)	1 (2.56%)	0	13 (44.83%)	5 (17.24%)	5 (17.24%)	5 (17.24%)	1 (3.45%)	< 0.01
Actividad sexual											
¿Cómo calificaría usted cada uno de los siguientes aspectos?											
Capacidad para tener una erección	19 (48.72%)	7 (17.95%)	10 (25.64%)	3 (7.69%)	0	20 (68.97%)	3 (10.34%)	3 (10.34%)	3 (10.34%)	0	0.27
Capacidad de alcanzar el orgasmo	15 (38.46%)	1 (2.56%)	9 (23.08%)	13 (33.33%)	1 (2.56%)	18 (62.07%)	3 (10.34%)	3 (10.34%)	5 (17.24%)	0	0.09
Calidad de las erecciones											
Ninguna calidad			22 (56.41%)							19 (65.52%)	0.84
Sin rigidez suficiente para tener cualquier tipo de actividad sexual			5 (12.82%)							3 (10.34%)	
Con suficiente rigidez para masturbarse			7 (17.95%)							3 (10.34%)	
Con rigidez suficiente para el coito			5 (12.82%)							4 (13.79%)	
Función hormonal											
¿Ha sido un problema para usted alguno de los siguientes aspectos?											
Sofocos	37 (94.87%)	0	1 (2.56%)	1 (2.56%)	0	15 (51.22%)	4 (13.79%)	4 (13.79%)	2 (6.9%)	4 (13.79%)	< 0.01
Sensibilidad o dolor/aumento de pechos	39 (100%)	0	0	0	0	19 (65.52%)	1 (3.45%)	5 (17.24%)	1 (3.45%)	3 (10.34%)	< 0.01
Sentirse deprimido	33 (84.62%)	1 (2.56%)	3 (7.69%)	2 (5.13%)	0	17 (58.62%)	4 (13.79%)	0	3 (10.34%)	5 (17.24%)	< 0.01
Falta de energía	34 (87.18%)	0	1 (2.56%)	3 (7.69%)	1 (2.56%)	18 (62.07%)	3 (10.34%)	0	3 (10.34%)	5 (17.24%)	0.013
Cambio de peso	38 (97.44%)	0	1 (2.56%)	0	0	21 (72.41%)	1 (3.45%)	2 (6.9%)	2 (6.9%)	3 (10.34%)	< 0.01

PR: prostatectomía radical; RDT + TDA: radioterapia externa con terapia de deprivación androgénica.

Tabla 3. Relación entre la incontinencia y la disfunción eréctil con la comorbilidad y el riesgo tumoral en el grupo de prostatectomía radical

PR	Edad, mediana (años)	p	Grupos de riesgo			p	Comorbilidad			
			Bajo	Intermedio	Alto		DM2 (p = 0.71)		CI (p = 1)	
							Sí	No	Sí	No
0-1 compresa	62.50	0.50	11 (45.8%)	11 (45.8%)	2 (8.3%)	0.3	5 (20.8%)	19 (79.2%)	2 (8.3%)	22 (91.7%)
> 2 compresas	60		3 (20%)	10 (66.7%)	2 (13.3%)		4 (26.7%)	11 (73.3%)	1 (6.7%)	14 (93.3%)
							DM2 (p = 1)		CI (p = 0.25)	
							Sí	No	Sí	No
Erección mala o muy mala	61.23	0.43	7 (26.9%)	16 (61.54%)	3 (11.5%)	0.2	6 (23.1%)	20 (76.9%)	1 (3.9%)	25 (96.1%)
Erección regular o buena	59.54		7 (53.9%)	5 (38.5%)	1 (7.7%)		3 (23.1%)	10 (76.9%)	2 (15.4%)	11 (84.6%)

CI: cardiopatía isquémica; DM2: diabetes *mellitus* tipo 2; PR: prostatectomía radical.

Tabla 4. Relación entre la incontinencia y la disfunción eréctil con la comorbilidad y el riesgo tumoral en el grupo de radioterapia externa con terapia de deprivación androgénica

RDT + TDA	Edad, mediana (años)	p	Grupos de riesgo			p	Comorbilidad			
			Bajo	Intermedio	Alto		DM2 (p = 0.39)		CI (p = 1)	
							Sí	No	Sí	No
0-1 compresa	69	0.25	2 (9.52%)	9 (42.86%)	10 (47.62%)	0.12	6 (28.57%)	15 (71.43%)	1 (4.76%)	20 (95.24%)
> 2 compresas	72		0	7 (87.5%)	1 (12.5%)		4 (50%)	4 (50%)	0	8 (100%)
							DM2 (p = 0.07)		CI (p = 1)	
							Sí	No	Sí	No
Erección mala o muy mala	71	0.12	0	12 (52.17%)	11 (47.83%)	< 0.01	10 (43.5%)	13 (56.5%)	1 (4.35%)	22 (95.65%)
Erección regular o buena	65			2 (33.3%)	4 (66.7%)		0	6 (100%)	0	6 (100%)

CI: cardiopatía isquémica; DM2: diabetes *mellitus* tipo 2; RDT + TDA: radioterapia externa con terapia de deprivación androgénica.

diabetes *mellitus* tipo 2 y cardiopatía isquémica, con el uso de compresas y la capacidad de presentar una erección en cada grupo de tratamiento (Tablas 3 y 4). No se objetivaron peores resultados funcionales entre los distintos grupos de riesgo ni en aquellos pacientes con comorbilidad en cada grupo de tratamiento.

Discusión

Desde los años 1990 se ha incrementado la incidencia de CP debido a la expansión de la determinación del antígeno prostático específico (PSA), que ha permitido alcanzar cifras crecientes de diagnóstico y de tratamiento precoz.

Existen diversas opciones terapéuticas para el CP confinado al órgano, debiéndose tomar la decisión

final de acuerdo con el estadio clínico, el PSA, el grado de Gleason, la edad cronológica y el estado funcional del paciente. El tratamiento debe entenderse desde un punto de vista multidisciplinario que proporcione al enfermo la mejor de las alternativas disponibles en cada caso. El paciente debe participar de manera activa en la toma de decisiones, tal como reflejan las guías clínica de la European Association of Urology¹¹.

La compleja elección del tratamiento final se justifica por la elevada supervivencia y la importante afectación de la CV que se puede experimentar en los años posteriores.

El concepto «calidad de vida» aparece por primera vez como término investigable en la National Library of Medicine de los Estados Unidos en 1966, en un

artículo publicado por Elkinton titulado *Medicine and the quality of life*. En la práctica clínica entendemos la CV como el mantenimiento de las funciones físicas junto con un aceptable control sintomático; sin embargo, su valoración no deja de ser una percepción subjetiva y se deben tener en cuenta no solo aquellos síntomas o funciones orgánicas derivadas de la patología, sino también la información sobre la influencia psicológica y social y el impacto que represente. Para su evaluación, la comunidad científica se ha encontrado con la dificultad de la ausencia de un método estándar para interpretar los distintos aspectos de la CV¹².

Los instrumentos de medida de la CV específica para pacientes con CP se centran en cinco dominios de salud que se repiten en los cuestionarios validados: síntomas urinarios, actividad sexual e intestinal, y aspectos sociales y de relación del paciente. En el presente estudio se ha investigado sobre el empeoramiento de la CV derivado de cada tratamiento basándonos en estos cinco ítems, además de establecer la comparación entre las distintas terapias en un intento de sustentar la toma de decisiones en datos lo más objetivos posible.

En relación con los dos efectos secundarios más relevantes atribuidos a la cirugía, la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil, en nuestra serie, a pesar de no lograr significación estadística, a los 3 años de la PR el 61.5% están secos y el 17.9% usan tres o más compresas, frente al 72.4% y el 6.9%, respectivamente, en el grupo de RDT + TDA. Además, en el grupo de PR el 48.7% refieren una capacidad muy mala o ninguna para tener una erección y el 7.7% buena, mientras que en el grupo de RDT + TDA, habiendo pasado 1 año tras la finalización de la TDA, el 69% tienen erecciones muy malas o ausentes y el 10.3% las consideran buenas.

En comparación con la literatura disponible, considerando la continencia como no utilizar compresas, nuestros resultados coinciden con los datos publicados para PR, que oscilan entre el 60.5% y el 93% al año¹³⁻¹⁹. Las mejores cifras las alcanzan las series de instituciones de referencia con alto volumen de pacientes y cirujanos con una gran práctica; como bien reflejan, la experiencia y el cirujano son factores fundamentales en los resultados de la cirugía²⁰.

Este hecho queda aún más de manifiesto en el análisis de los datos sobre disfunción eréctil. Kundu et al.¹³ describen que, al valorar los resultados de las PR realizadas entre 1983 y 2003, en los primeros 1000 enfermos la recuperación de la función eréctil

fue del 68%, mientras que en los sujetos del 1000 al 3000 fue del 78% ($p < 0.01$). La subjetividad en la valoración de la potencia sexual hace muy compleja la comparación entre series.

Cabe señalar que, al preguntar específicamente sobre la afectación que implican esos ítems en su vida, el 53.8% de los pacientes con PR no consideraron ninguna merma en su CV en relación con sus hábitos urinarios actuales, frente al 31% en el grupo de RDT + TDA. Sin embargo, en cuanto a la actividad sexual, el 23.1% de los pacientes con PR consideraron que tenían un gran problema, frente al 17.2% en el grupo de RDT + TDA.

En el análisis de los ítems que con más frecuencia se asocian a la RDT + TDA, ningún paciente con PR refiere problemas relacionados con la hematuria, frente al 10.3% de los pacientes radiados, que la consideran un gran problema.

Además, en concordancia con lo publicado por Litwin et al.²⁰, las molestias miccionales fueron notablemente peores tras 2 años de recibir la radiación en comparación con la cirugía. En nuestra serie se objetiva que hasta el 31% consideran que la disuria significa un gran problema en su vida, mientras que ninguno de los enfermos del grupo de PR la describe de esta manera ($p < 0.01$).

Respecto a la sintomatología digestiva, la incidencia es muy baja en los pacientes con PR, que prácticamente no refieren urgencia, frecuencia defecatoria, sangre en heces, incontinencia fecal ni dolor abdominal; no sucede lo mismo en el grupo de RDT + TDA, en el que hasta un 17.2% consideran las alteraciones digestivas un problema moderado y el 3.4% un gran problema. Tal como publicaron Wei et al.²¹ y Potosky et al.²², la diarrea, el tenesmo rectal y la rectorragia son significativamente más frecuentes después de recibir radiación.

Dado que los pacientes sometidos a radioterapia externa precisan tratamiento con TDA, y a pesar de que todos los enfermos incluidos en el estudio llevaban al menos 1 año sin ella, hasta un 27.5% de los pacientes de este grupo refieren que el desánimo es un problema moderado o grande, frente al 5.1% de los del grupo de PR.

De todos estos datos podemos concluir que, en nuestra serie, la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil son más frecuentes en los pacientes sometidos a PR, pero que en términos de CV el mayor impacto se lo llevan los efectos adversos derivados de la RDT + TDA. Los resultados concuerdan con los publicados por Resnick et al.²³, quienes compararon los

resultados funcionales tras PR o RDT a largo plazo y concluyeron que los pacientes operados tendían a presentar peores resultados en cuanto a incontinencia urinaria y disfunción eréctil a los 2 y 5 años, sin existir diferencias a los 15 años, y presentaban con menos probabilidad urgencia intestinal a los 2 y 5 años²³.

Llama la atención que, en la valoración global de la CVRS mediante el cuestionario CAVIPRES-30, los pacientes en el grupo de PR tienen una mejor percepción de su CV en comparación con el grupo de RDT + TDA, resultando las diferencias estadísticamente significativas.

En la valoración de la CVRS previa y tras haber recibido tratamiento radical, tanto en el grupo de PR como en el de RDT + TDA se evidencia que los pacientes tenían una mejor percepción antes del procedimiento ($p < 0.01$); de ahí la gran importancia de la valoración multidisciplinaria y en conjunto con el enfermo en cuanto a la decisión terapéutica definitiva.

Como limitación del presente trabajo se debe señalar que la valoración de aspectos funcionales implica una subjetividad que aumenta la variabilidad de los resultados. Sería necesario establecer una definición, un modo de evaluación y un periodo de tiempo estándar para la valoración de estos ítems; mientras tanto, el uso de cuestionarios validados permite la comparación. Además, el estudio presenta las limitaciones propias de tener un tamaño muestral reducido y de ser una serie no aleatorizada, con datos extraídos de la práctica clínica, que hacen que los pacientes dirigidos a uno u otro tratamiento no sean grupos homogéneos.

Conclusiones

Los pacientes con una peor percepción de su CVRS tras recibir tratamiento radical para CP confinado al órgano son aquellos que se someten a RDT + TDA, en comparación con PR. La hematuria, la sintomatología digestiva y las molestias miccionales fueron más habituales en el grupo que recibió radioterapia. La incontinencia urinaria y la disfunción eréctil son más frecuentes en el grupo de PR, aunque sin significación estadística.

La valoración de la CVRS antes y después de ambos tratamientos muestra en los dos casos un empeoramiento de los resultados, quedando de manifiesto el impacto de la toma de decisiones en relación con el manejo del CP.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

Bibliografía

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin.* 2009;59:225-49.
2. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer.* 2010;46:765-81.
3. Núñez C, Angulo J, Sánchez-Chapado M, Alonso S, Portillo JA, Villavicencio H. Variabilidad de la práctica clínica urológica en cáncer de próstata en España. *Actas Urol Esp.* 2012;36:333-9.
4. Esper P, Mo F, Chodak G, Sinner M, Cella D, Pienta KJ. Measuring quality of life in men with prostate cancer using the functional assessment of cancer therapy-prostate instrument. *Urology.* 1997;50:920-8.
5. Van Andel G, Bottomley A, Fossa SD, Efficace F, Coens C, Guerif S, et al. An international field study of the EORTC QLQ-PR25: a questionnaire for assessing the health-related quality of life of patients with prostate cancer. *Eur J Cancer.* 2008;44:2418-24.
6. Litwin MS, Hays RD, Fink A, Ganz PA, Leake B, Brook RH. The UCLA Prostate Cancer Index: development, reliability, and validity of a health-related quality of life measure. *Med Care.* 1998;36:1002-12.
7. Wei JT, Dunn RL, Litwin MS, Sandler HM, Sanda MG. Development and validation of the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology.* 2000;56:899-905.
8. Tannock IF, Osoba D, Stockler MR, Ernst DS, Neville AJ, Moore MJ, et al. Chemotherapy with mitoxantrone plus prednisone or prednisone alone for symptomatic hormone-resistant prostate cancer: a Canadian randomized trial with palliative end points. *J Clin Oncol.* 1997;14:1756-64.
9. Osoba D, Tannock IF, Ernst DS, Neville AJ. Health-related quality of life in men with metastatic prostate cancer treated with prednisone alone or mitoxantrone and prednisone. *J Clin Oncol.* 1997;17:1654-63.
10. Gómez-Veiga F, Cozar JM, Günthner S, Puyol-Pallas M, Silmi-Moyano A, Rebollo FJ. Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Próstata como medida de la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata en España: aplicación a la actividad diaria. *Actas Urol Esp.* 2010;34:686-93.
11. Mottet N, Van den Bergh RCN, Briers E, Bourke L, Cornford P, De Santis M, et al. EAU-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer 2018. <https://d56bochlunqz.cloudfront.net/documents/EAU-Guidelines-on-Prostate-Cancer-2018.pdf>
12. Cocks K, King MT, Velikova G, Fayers PM, Brown JM. Quality, interpretation and presentation of European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire core 30 data in randomised controlled trials. *Eur J Cancer.* 2008;44:1793-8.

13. Kundu SD, Roehl KA, Eggener SE, Antenor JA, Han M, Catalona WJ. Potency, continence and complications in 3,477 consecutive radical retropubic prostatectomies. *J Urol.* 2004;172:2227.
14. Penson DF, McLerran D, Feng Z, Li L, Albertsen PC, Gilliland FD, et al. 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the prostate cancer outcomes study. *J Urol.* 2005;173:170.
15. Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, Gilliland FD, Stephenson RA, Eley JW, et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA.* 2000;283:354.
16. Bianco FJ Jr, Scardino PT, Eastham JA. Radical prostatectomy: long-term cancer control and recovery of sexual and urinary function ("trifecta"). *Urology.* 2005;66:83.
17. Harris MJ. The anatomic radical perineal prostatectomy: an outcomes-based evolution. *Eur Urol.* 2007;52:81-8.
18. Saranchuk JW, Kattan MW, Elkin E, Touijer AK, Scardino PT, Eastham JA. Achieving optimal outcomes after radical prostatectomy. *J Clin Oncol.* 2005;23:4146.
19. Bianco FJ Jr, Riedel ER, Begg CB, Kattan MW, Scardino PT. Variations among high volume surgeons in the rate of complications after radical prostatectomy: further evidence that technique matters. *J Urol.* 2005;173:2099.
20. Litwin MS, Pasta DJ, Yu J, Stoddard ML, Flanders SC. Urinary function and bother after radical prostatectomy or radiation for prostate cancer: a longitudinal, multivariate quality of life analysis from the Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor. *J Urol.* 2000;164:1973-7.
21. Wei JT, Dunn RL, Sandler HM, McLaughlin PW, Montie JE, Litwin MS, et al. Comprehensive comparison of health-related quality of life after contemporary therapies for localized prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2002;20:557-66.
22. Potosky AL, Legler J, Albertsen PC, Stanford JL, Gilliland FD, Hamilton AS, et al. Health outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: results from the Prostate Cancer Outcomes Study. *J Natl Cancer Inst.* 2000;92:1582-92.
23. Resnick MJ, Koyama T, Fan K, Albertsen PC, Goodman M, Hamilton AS, et al. Long-term functional outcomes after treatment for localized prostate cancer. *N Engl J Med.* 2013;368:5.