



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE
FACULTAD DE MEDICINA

**“SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADOS CON
ACETATO DE ABIRATERONA, EXPERIENCIA INICIAL.”**

TESIS DE POSGRADO

Para obtener el título de:
SUBESPECIALIDAD EN UROLOGÍA

P R E S E N T A

DR. LUIS FERNANDO GALICIA BELAUNZARÁN.

REGISTRO 322.2014

ASESORES DE TESIS:

DR. ROBERTO CORTEZ BETANCOURT

DRA. ALEJANDRO ALÍAS MELGAR



MÉXICO, D.F., NOVIEMBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Hoja de Declaratoria de originalidad

“El presente trabajo no ha sido aceptado o empleado para el otorgamiento de título o grado diferente o adicional al actual. La tesis es resultado de las investigaciones del autor, excepto donde se indican las fuentes de información consultadas. El autor otorga su consentimiento a la UADY para la reproducción del documento con el fin del intercambio bibliotecario siempre y cuando se indique la fuente”.

Agredecimientos

Al final del día me encuentro recapitulando mis años de formación desde los inicios en la escuela de medicina, donde realmente no conoces la proyección que puedes llegar a tener en el ámbito profesional, siendo esta , la primera vez que te enfrentas a la conjugación de la medicina como parte de la humanidad, de la ciencia, del arte . Sin embargo es ahí donde adquieres el amor a nuestra profesión y comprendes sobre el impacto que llegarás a tener dentro de la sociedad a la que hemos decidido servir a pesar de lo difícil que puede llegar a ser el camino. Es por eso que hoy en día quiero agradecer a todos aquellos que han jugado un rol dentro de mi vida para poder verme como el médico actual.

Quisiera iniciar por mis padres Humberto y María Dolores por estar siempre a mi lado y no solo respetar mi decisión sobre la elección en el rumbo que ha tomado mi vida en el tema particular de la medicina, si no porque han estado siempre a mi lado apoyándome en todo lo que queda en sus manos y más. Así como a mis hermanos Cindy, Beto y Lola y a todos mis amigos y resto de familiares que han estado incondicionalmente a mi lado brindando todo el apoyo necesario para poder seguir adelante en todos estos años de formación.

Asi como de manera puntual a mis maestros , al Dr. Roberto Cortez Betancourt, Dr. Alejandro Alias Melgar al Dr. Fernando Carreño de la Rosa , Dr. Jesús Alejandro Morales Covarrubias, que no solo me han enseñado todo lo que sus años de experiencia han aprendido, si no también a ser un mejor ser humano día con día. Además por la confianza que han tenido en mi desde el inicio de mi formación como urólogo y todas las enseñanzas en general que me han dado , dentro y fuera del ámbito medico.

A todos ellos, GRACIAS.

Resumen de Palabras Clave

1.- Ca: Cáncer

2.- Cáncer: Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.

3.- PSA: Antígeno Prostático Específico

4.- TR: Tacto rectal

5.- BTR: Biopsia transrectal de próstata.

6.- Gleason: sistema fundamentado en una escala que se emplea para medir el grado de agresividad del cáncer, basándose en la observación al microscopio de las características y el predominio que presentan las células de la muestra obtenida en la BTRP, se reportan dos valores y la suma de los mismos, siendo el primer valor el de mayor predominio celular.

7.- RTUP: Resección transuretral de próstata.

8.-RHP: Resultado histopatológico.

9.- Histopatología: Estudio macroscópico y microscópico de las alteraciones en los tejidos y órganos extirpados.

10.- Linfadenectomía: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpan ganglios linfáticos, con fines diagnóstico-terapéuticos.

11.- T: tumor

12.- N: ganglio linfático

13.- M: metástasis

14.- BAT: Bloqueo androgénico total

15.- RT: radioterapia

Índice General

| | |
|----------------------------|----|
| Resumen de palabras clave | 4 |
| Introducción | 7 |
| Marco teórico | 8 |
| Justificación | 16 |
| Hipótesis | 16 |
| Objetivos | 17 |
| Diseño, material y métodos | 18 |
| Resultados | 20 |
| Discusión | 25 |
| Conclusiones | 25 |
| Referencias | 26 |

Introducción

El cáncer de próstata representa la causa número uno de tumores malignos no cutáneos en hombres en Estados Unidos desde la década de los 90's. Se estima que un varón tiene 16.72% de riesgo de padecer cáncer de próstata en el transcurso de su vida y 2.57 de morir a causa de esta patología. Se tiene una incidencia global aproximada de 237-343 hombres por cada 100,000 y con 680 mil nuevos casos al año.

El cáncer de próstata es la enfermedad maligna más frecuentemente diagnosticada en hombres, y la tercera causa de muerte por cáncer en los países desarrollados. La enfermedad metastásica aparece en el 55-60% de pacientes con cáncer de próstata, y la morbimortalidad asociada suele ser consecuencia directa de la diseminación ósea. El primer escalón en el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata metastásico está constituido por la ablación androgénica, que se puede conseguir mediante la castración quirúrgica o el tratamiento con fármacos análogos de la lh-rh.

Las opciones de tratamiento para el cáncer de próstata hormono-resistente son limitadas, consistiendo básicamente en tratamiento paliativo sintomático o quimioterapia citotóxica. Hasta que en el año 2004 docetaxel asociado a prednisona demostró mejorar la supervivencia global de estos pacientes, situándose como terapia estándar de primera línea en este contexto. El acetato de abiraterona es un antagonista hormonal vía oral recientemente aprobado, que ha demostrado mejorar la supervivencia global, con un perfil de toxicidad aparentemente más favorable.

Motivo por el cual consideramos de manera imperativa reportar nuestra experiencia y los resultados en el CMN "20 de noviembre".

Marco Teórico

Cáncer de Próstata.

El Cáncer de Próstata (CaP) representa hoy en día la patología por excelencia del cirujano urólogo resultando en la fascinación y tema que apasiona el profesionalismo médico y quirúrgico de la urología. Por tal motivo, cuando la enfermedad esta localizada (T1-T2) es cuando el urólogo tiene el mayor campo de acción mediante diferentes terapias radicales que tienen como objetivo la cura del paciente. (1)

Epidemiología

El riesgo de padecer CaP aumenta con la edad teniendo como punto de partida los 50 años para hombres sin antecedentes familiares y los 40 años en hombres con antecedentes familiares. Sin embargo y a pesar de que no existe como tal un pico de edad en el cual se presente, la edad media en el diagnóstico es a los 60 años. (1) Asi mismo con un riesgo de padecer la enfermedad de 16% y de morir de ella del 2%. (2)

La incidencia mas alta es en hombres afroamericanos con 1.6 veces mas riesgo de padecer el CaP que hombres de raza blanca. Se va a presentar con mayor frecuencia en países escandinavos observando 22 por cada 100,000 hombres y en menor frecuencia en países Asiáticos con 5 por cada 100,000 hombres. (2)

Etiología

El CaP es un padecimiento relacionado en ocasiones con historia familiar del mismo con un doble de riesgo de padecerlo en personas con un familiar en primer

grado afectado (2). Se han descrito factores protectores como una actividad sexual vigorosa (21 eyaculaciones al mes). (1)

Signos y síntomas

En etapas tempranas los pacientes no van a presentar síntomas mas que aquellos que tengan de manera concomitante crecimiento prostático obstructivo y que se presenten con sintomatología urinaria obstructiva baja (SUOB's). En aquellos pacientes con enfermedad localmente avanzada vamos a ver la presencia de SUOB's , infecciones del tracto urinario (UTI), hematuria o síntomas irritativos. Por ultimo en aquellos pacientes con enfermedad avanzada se pueden presentar síntomas mas severos como edema de extremidades, dolor óseo, debilidad de extremidades, datos de compresión medular y fracturas. (2)

Screening y Diagnóstico

Como parte del screening del CaP es necesario medir el Antígeno Prostático Específico (PSA) el cual nos va a dar una sensibilidad del 50-70% para la detección del cáncer. Así mismo, se debe realizar una buena exploración física del paciente la cual incluya de manera imprescindible el Tacto Rectal (DRE) el cual nos dará una sensibilidad del 15-25% para la detección del cáncer pero también nos ayudara a hacer un diagnostico y estadiaje de manera clínica. (1,2)

Biopsia de Próstata

La biopsia de próstata transrectal guiada por ultrasonido (BTR) es el método recomendado en la mayoría de los pacientes que cumplen con criterios de sospecha de CaP y tiene como objetivo hacer el diagnostico histopatológico de la enfermedad. En el procedimiento esta indicada y recomendada la toma de al menos 10 muestras o cilindros y se deben tomar de zonas laterales y mediales. (3)

En algunos casos el diagnóstico histopatológico del CaP se hará mediante Resección Transuretral de Próstata (RTUP) ya que algunos pacientes son sometidos a este tipo de procedimientos quirúrgicos a fin de mejorar la dinámica miccional y posterior a lo cual se identifica de manera incidental en la pieza operatoria la presencia de CaP. (1)

Patología

El adenocarcinoma de próstata representa la mayoría (95%) de los CaP y los vamos a encontrar en la zona periférica de la próstata en el 70% de los casos. De manera general los podemos clasificar en enfermedad localizada o intracapsular a aquellos con una T1-T2 de la clasificación TNM y en enfermedad avanzada o extracapsular a los que tengan una T3-T4 de la clasificación TNM. (4)

Clasificación TNM (4,5)

T - Tumor primario

TX No se puede evaluar el tumor primario

T0 Ausencia de datos de tumor primario

T1 Tumor clínicamente inaparente no palpable ni visible en las pruebas de imagen

T1a El tumor es un hallazgo histológico fortuito en el 5 % o menos del tejido reseado

T1b El tumor es un hallazgo histológico fortuito en más del 5 % del tejido reseado

T1c Tumor identificado en una biopsia por punción (por ejemplo, debido a una concentración elevada de antígeno prostático específico [PSA])

T2 Tumor limitado a la próstata

T2a El tumor afecta a la mitad de un lóbulo o menos

T2b El tumor afecta a más de la mitad de un lóbulo, pero no a los dos lóbulos

T2c El tumor afecta a los dos lóbulos

T3 El tumor se extiende a través de la cápsula prostática

T3a Extensión extracapsular (uni o bilateral), incluida la afectación microscópica del cuello de la vejiga

T3b El tumor invade una o ambas vesículas seminales

T4 El tumor está fijo o invade estructuras adyacentes distintas de las vesículas seminales: esfínter externo, recto, músculos elevadores o pared de la pelvis

N - Ganglios linfáticos regionales³

NX No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales

N0 Ausencia de metástasis ganglionares regionales

N1 Metástasis ganglionares regionales

M - Metástasis a distancia⁴

MX No se pueden evaluar las metástasis a distancia

M0 Ausencia de metástasis a distancia

M1 Metástasis a distancia

M1a Ganglios linfáticos no regionales

M1b Huesos

M1c Otros focos

Tratamiento de enfermedad

Para la enfermedad localizada (T1-T2) los pacientes se pueden someter a una gran variedad de opciones terapéuticas que incluyen desde las más conservadoras como lo es la “Vigilancia Activa” debido a la posibilidad baja de muerte por CaP y la cual se llevara a cabo en pacientes con muy bajo o bajo riesgo

y expectativa de vida <10-15 años. Esto derivado de la mortalidad < 5-10% y la poca progresión de la enfermedad (23-30%). (1,2)

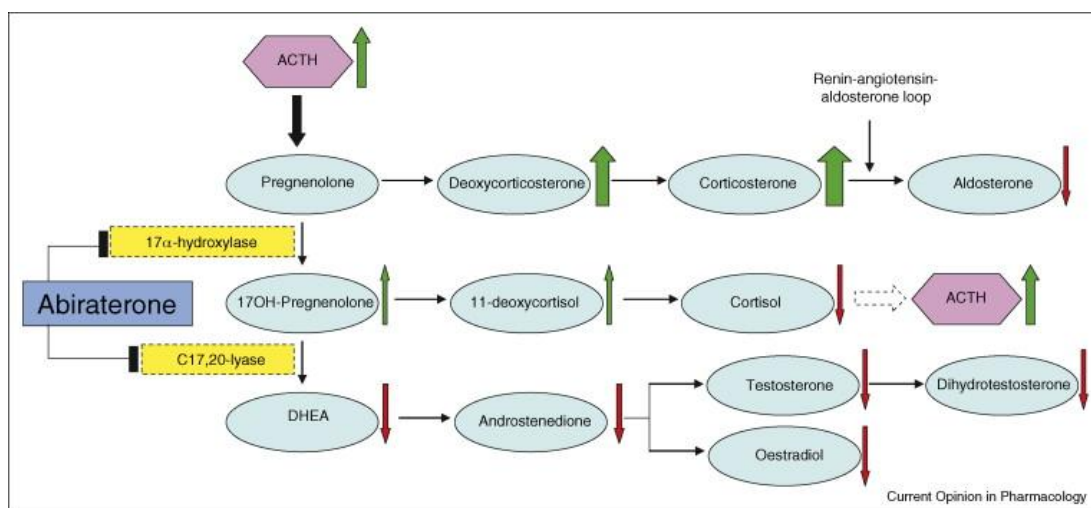
En México, en 1999, las neoplasias malignas ocuparon el segundo lugar en la tabla de mortalidad general. El cáncer de próstata fue la segunda neoplasia más frecuente, en el hombre en edad pos-productiva, con 3 766 defunciones y tasa de 71.7 por 100 mil en el grupo de 65 años y más. Es un cáncer hormonodependiente. Durante el trienio 1993-1995 el RHNM (registro histopatológico de neoplasias malignas) lo ubicó en el cuarto lugar respecto a la localización con 9 088 casos y una media anual de 3 029, correspondiéndole el 4.9% del total de neoplasias registradas, el tipo histológico más frecuente reportado es el adenocarcinoma. Las entidades con mayor número de casos son: Distrito Federal, Jalisco y Veracruz durante la última década (1990 a 1999), la tendencia de la mortalidad ha sido ascendente, habiéndose incrementado en un 34.4 por ciento, al elevar sus tasas de 2.79 a 3.75 por 100 mil habitantes. (3-4)

El cáncer de próstata (CaP) metastásico ha demostrado ser mortal en la mayor parte de los pacientes¹. La terapia de privación de andrógenos es el tratamiento estándar, pero la mayor parte de las remisiones duran entre 2 y 3 años y, finalmente, todos los pacientes desarrollan resistencia a la castración caracterizada por un aumento del PSA y por progresión del cáncer. Se utilizan alternativas no hormonales que permitan prolongar la supervivencia, como es el caso de tratamientos quimioterápicos: Docetaxel como primera línea y Cabazitaxel como segunda (5).

Hoy en día contamos con un nuevo medicamento, el Acetato de Abiraterona, aprobado por las instancias internacionales así como ha sido recomendado en las guías internacionales como parte del manejo en pacientes con cáncer de próstata resistente a castración (8,9,15)

El estudio COU-AA-302 es un ensayo internacional fase iii aleatorizado, doble ciego y controlado por placebo en el que se incluyeron 1.088 hombres con mCPRC y que no habían recibido quimioterapia anteriormente que fueron seleccionados de forma aleatoria para recibir acetato de abiraterona 1.000 miligramos (mg) administrados de forma oral diaria más prednisona 5 mg administrados dos veces al día o placebo más prednisona 5 mg administrados dos veces al día. Los co-objetivos primarios del estudio fueron rpf y os (16)

Este es el primer ensayo aleatorizado que demuestra un beneficio en supervivencia libre de progresión radiológica y una tendencia en supervivencia global en esta población de pacientes. Los resultados de COU-AA-302 se han presentado en la 48ª reunión anual de la American Society of Clinical Oncology (ASCO) (11-17)



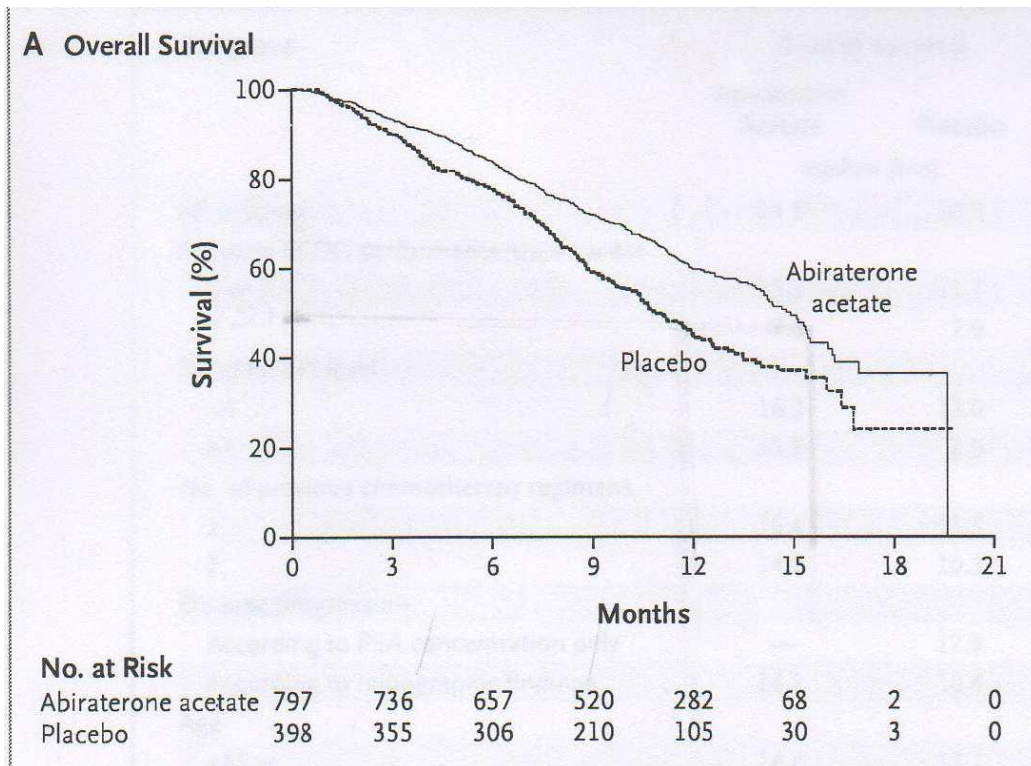
Nacusi et al Nature Publishing Group 2011;8:378-384

Mecanismo de acción:

Acetato de abiraterona se convierte in vivo en abiraterona, un inhibidor de la biosíntesis de los andrógenos. En concreto, abiraterona es un inhibidor selectivo de la enzima 17 α -hidroxilasa/c17,20-liasa (cyp17). La expresión de esta enzima es necesaria para la biosíntesis de andrógenos en los tejidos testiculares, suprarrenales y tejidos prostáticos tumorales. El CYP17 cataliza la conversión de pregnenolona y progesterona a los precursores de la testosterona, dhea y androstenediona, respectivamente por 17 α -hidroxilación y rotura del enlace c17,20. La inhibición del CYP17 produce también un aumento de la producción de mineralocorticoides por las glándulas suprarrenales (16)

El carcinoma de próstata sensible a los andrógenos responde al tratamiento que reduce los niveles de andrógenos. Los tratamientos de privación de andrógenos, como el tratamiento con agonistas de la LHRH o la orquiectomía, disminuyen la producción de andrógenos en los testículos, pero no afectan a la producción de andrógenos en las glándulas suprarrenales o en el tumor (8,9,10,12)

Supervivencia global estimada mediante la curva de Kaplan-Meier en el estudio pivotal.



N Engl J Med. 2013 Jan 10;368(2):138-48.doi:10.1056/NEJMoa1209096.Epub 2012 Dec .Abiraterone in metastatic prostate cancer without previous chemotherapy(16).

El uso de acetato de abiraterona, como tratamiento de segunda línea, antes del uso de quimioterapia, esta validado por las Guidelines on Prostate Cancer-2014 NCCN (grado de recomendación A) (17)

Justificación

A pesar de que estudios importantes nos han demostrado resultados favorables en la sobrevida y mejoría en la condición de los pacientes tratados con el acetato de abiraterona , la experiencia reportada a nivel internacional sobre el seguimiento de los pacientes es nula.

Es por eso que consideramos de manera imperativa, dar a conocer los resultados que hemos encontrado en los pacientes que han recibido el tratamiento antes mencionado.

Esperamos encontrar los mismos resultados favorables previamente reportados en la literatura internacional para consolidar el uso del mismo en nuestro medio así como para poder continuar con el seguimiento de estos mismos pacientes mencionados posteriormente con los mismos parámetros de cada medición.

Hipotesis

No requiere ya que es un estudio retrospectivo sobre la experiencia de los pacientes tratados con Acetato de Abiraterona..

Objetivo general

Analizar de manera retrospectiva cuáles son los resultados del manejo de los pacientes con acetato de Abiraterona (1000 mg) y Prednisona (10mg) con base al estado inicial en el paciente previo a recibir el tratamiento médico.

Objetivos específicos.

- 1- Evaluación de la supervivencia global.
- 2- Evaluación de la calidad de vida de los pacientes.
- 3- Comparar nuestros resultados con los reportados en la literatura mundial.

Diseño, Material y Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Utilizamos de manera retrospectiva la muestra de los únicos 11 pacientes tratados previamente con acetato de Abiraterona y Prednisona, siendo estos, todos los pacientes que recibieron el tratamiento antes mencionado.

Pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata en los que haya fracasado el tratamiento de deprivación androgénica y que la quimioterapia aún no está clínicamente indicada o que hayan tenido un régimen quimioterápico previo basado en Docetaxel tratados con acetato de Abiraterona (1000 mg/día) y Prednisona (100 mg/día)

Se incluyeron 11 pacientes tratados en el CMN “20 de Noviembre” con los siguientes criterios

- 1.- Pacientes con cáncer de próstata corroborado histológicamente en el CMN “20 de Noviembre” que hayan recibido el acetato de Abiraterona y Prednisona dentro del esquema de tratamiento.
- 2.- Expediente clínico electrónico y físico disponible completo

Excluimos a los pacientes que no contaran con el expediente clínico completo.

Definición de las variables

Se coleccionarán las variables: 1) escala de ECOG 2) antígeno prostático específico, 3) tiempo de progresión del antígeno prostático específico, 4) escala de dolor 5) efectos adversos.

Solo se realizara estadística descriptiva con medidas de tendencia central como media y mediana.

– ESTADO FUNCIONAL (ECOG).

La escala ECOG es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente exclusivamente con cáncer , cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días.fue diseñada por el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de estados unidos y validada por la organización mundial de la salud (OMS). Se publicó en 1982 por Oken et al. También se llama a la escala ecog, escala who o zubro score. La escala ECOG valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía. Este dato es muy importante cuando se plantea un tratamiento, ya que de esta escala dependerá el protocolo terapéutico y el pronóstico de la enfermedad. La escala ECOG se puntúa de 0 a 5 y sus valores son:

- ECOG 0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
- ECOG 1: El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.

- ECOG 2: El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.
- ECOG 3: El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.
- ECOG 4: El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.
- ECOG 5: Paciente fallecido.

– NIVELES DE PSA.

Por las siglas en ingles de Prostate Specific Antigen que significan antígeno prostático específico refiriéndose al valor cuantitativo total del mismo medido en nanogramos por mililitro.

– ESCALA DE DOLOR (BPI-SF)

Cualitativo, escala que valora la interferencia del dolor con aspectos de la calidad de vida de los pacientes.

Agrupados en mayores o menores de 4 puntos.

– **EFFECTOS ADVERSOS.**

Utilizando la clasificación de Trotti

- Grado 1 : mínimos y asintomáticos no interfieren con puntos finales funcionales
- Grado 2 : moderados y normalmente sintomáticos , pueden interferir con funciones específicas por no para alterar las actividades de la vida diaria
- Grado 3 : graves y muy indeseables. Por lo general hay múltiples síntomas perturbadores que puede indicar cirugía u hospitalización
- Grado 4 : potencialmente mortales, incapacitantes o resultan en la pérdida de órganos, la función de estos o miembros.

– **TIEMPO DE PROGRESIÓN POR PSA.**

Cualitativo reportado en meses. Tiempo en el que vuelve a elevar los niveles de PSA.

Resultados

Se realizó una búsqueda de los pacientes sometidos a prostatectomía radical laparoscópica en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” en el tiempo señalado encontrando un total de 11 pacientes que cumplieron al cien por ciento con los criterios de inclusión del estudio.

- El 81.81% de los pacientes conservaron o mejoraron el estado funcional.
- 72.72% de ellos disminuyeron los niveles de PSA comparados con el nivel basal antes del inicio del tratamiento.
- 5 de 11 pacientes nunca presentaron dolor, sin embargo de los 6 que si presentaron dolor (54.54%), 4 de ellos mejoraron o conservaron la puntuación de BPI-SF por debajo de 3 puntos correspondiente al 66.66% .

Tabla 1

| No | ECOG Inicial | ECOG Final | BPI-SF Inicial | BPI-SF Final | PSA Inicial | PSA Final | Efectos Adversos | Tiempo de Progresión |
|-----|--------------|------------|----------------|--------------|-------------|-----------|------------------|----------------------|
| 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 356 | 32 | 1 | NE |
| 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 456 | 98 | 0 | NE |
| 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 178 | 34 | 1 | NE |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 76 | 29 | 2 | NE |
| 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 295 | 87 | 2 | NE |
| 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 193 | 26 | 1 | NE |
| 7* | 1 | 1 | 0 | 0 | 255 | 78 | 1 | NE |
| 8* | 2 | 3 | 5 | 2 | 343 | 81 | 0 | NE |
| 9* | 2 | 2 | 4 | 3 | 435 | 589 | 2 | 4 meses |
| 10* | 2 | 2 | 3 | 5 | 674 | 709 | 3 | 1 mes |
| 11* | 2 | 3 | 6 | 7 | 593 | 721 | 3 | 2 meses |

* Esquema postdocetaxel , BPI-SF Formato corto de escala de dolor , ECOG escala funcional , PSA antígeno prostático específico. NE No estimado

Con respecto a los efectos adversos conocidos por el medicamento presentaron

- 6 (54.54%) fatiga.
- 3 (27.27%) náusea.
- 3 (27.27%) edema periférico.
- 2 (18.18%) constipación.
- 2 (18.18%) dolor de espalda.

No se ha presentado ninguno de los otros efectos adversos conocidos en los pacientes estudiados reportados en la literatura a nivel mundial.

Solo presentaron efectos adversos grado I y II

Tabla 2.

| Todos los grados | Grado 1 | Grado 2 | Tipos de Efectos Adversos Presentados |
|------------------|---------|---------|---------------------------------------|
| 6 | 4 | 2 | Fatiga |
| 3 | 3 | 0 | Nausea |
| 3 | 2 | 1 | Edema periférico |
| 2 | 2 | 0 | Dolor de espalda |
| 2 | 2 | 0 | Constipación |

Dentro de los efectos adversos conocidos y descritos en estudios previos , estos fueron los que no se presentaron en el caso de ninguno de los pacientes estudiados.

- Hipopotasemia
- Hipertrigliceridemia
- Insuficiencia Cardíaca
- Angina de Pecho
- Arritmia
- Taquicardia
- Hipertensión
- Elevación de ALT

Discusión

A pesar de llevar un seguimiento corto en tiempo y que la muestra por el número de pacientes aun no sea representativa, consideramos que es de suma importancia comentar cual ha sido nuestra experiencia en relación con los nuevos medicamentos utilizados para el Cáncer de próstata.

Conclusiones

Posterior a concluir la revisión de los pacientes tratados con acetato de abiraterona, en el CMN "20 de Noviembre" en un periodo de 1 año y como parte de el reporte de nuestra experiencia inicial, hemos encontrado que los pacientes tratados con Acetato de Abiraterona y prednisona han mejorado la sobrevida y la calidad de vida así como muestra ser un medicamento con baja frecuencia de efectos adversos para el paciente. De igual manera, también hemos encontrado que los resultados han coincidido con lo que hemos revisado en la literatura mundial en términos generales y aun así mostrando una menor frecuencia en los datos sobre los efectos adversos registrados.

Referencias bibliograficas.

1. Shoskes, Daniel. The American Urological Association Educational Review Manual in Urology. 4th Ed. Chap 16. Prostate Cancer. P 479
2. Wein, Alan. Campbell-Walsh Urology. 10th ed. Sec XVI. Prostate.
3. SSA. Registro Histopatológico de Neoplasias en México. Morbilidad trienio 1993-1995 y Mortalidad Tendencias 1990-1994.49-53.
4. SSA Dirección General de Estadística e Informática. Anuarios Estadísticos 1995-99
5. Nguyen, PL, et al. *Cancer*. 2007;110:1417-1428.
6. <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp> [last accessed January 2013]
7. Hotte SJ, Saad F. Current management of castrate-resistant prostate cancer. *Curr Oncol*. 2010 September; 17(Supplement 2): S72–S79
8. de Bono JS et al. Abiraterone and Increased Survival in Metastatic Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2011; 364(21): 1995-2005.
9. Data presented at ASCO GU, 14-17 February, 2013.
10. Yang L. Abiraterone Acetate. In metastatic castration resistant prostate cancer. *Drugs* 2011; 71 (15):2067-2077
11. A. Heidenreich, PJ Bastian, J Bellmunt, M Bolla, S Joniau, MD Mason, V Matveev, No Mottet, TH van der Kwast, T wiegel, F Zattoni. Guidelines On Prostate Cancer. European Association of Urology 2012, 2013.
12. Cozar JM, Solsona E, Morote J, minana B, Maroto JP, Gonzalez del alba A, Climent MA, Carles J, Alcaraz A, Castellano D. Recommendations on the management of controversies in advanced castrate-resistant prostate cancer. *Actas Urol Esp*. 2012 nov-dec; 36 (10): 569-77
13. A. Horwich et al. “non-metastatic castration-resistant prostate-cancer? Prostate Cancer: ESMO Consensus Conference Guidelines 2012 *Annals of Oncology* 00:1-22, 2013

- 14.A. Heidenreich, PJ Bastian, J Bellmunt, M Bolla, S Joniau, MD Mason, V Matveev, No Mottet, TH van der Kwast, T wiegel, F Zattoni. Guidelines On Prostate Cancer. European Association of Urology 2012, 2013.
- 15.Lancet Oncol. 2012 Dec;13(12):1210-7. doi: 10.1016/S1470-2045(12)70473-4. Epub 2012 Nov 9.
- 16.N Engl J Med. 2013 Jan 10;368(2):138-48.doi:10.1056/NEJMoa1209096.Epub 2012 Dec Abiraterone in metastatic prostate cancer without previous chemotherapy.
- 17.NCCN Guidelines Version 1.2014 Prostate Cancer MS 14-15.