

# El seguimiento activo del cáncer de próstata de bajo grado es una alternativa válida y con bajos efectos adversos

Active surveillance of low-grade prostate cancer is a valid alternative with low adverse effects

## Comentado de:

Newcomb LF, Schenk JM, Zheng Y, et al. JAMA. 2024;331(24):2084–2093. doi:10.1001/jama.2024.6695. PMID: 38814624<sup>1</sup>

## Resumen estructurado

### Objetivo

Caracterizar los desenlaces oncológicos a largo plazo de una estrategia de vigilancia activa dirigida por protocolo en pacientes con cáncer de próstata.

### Diseño, lugar y participantes

Estudio multicéntrico de cohorte prospectiva, realizado en diez centros médicos de los EE.UU. y Canadá, entre 2008 y 2022. Los pacientes incluidos tenían diagnóstico de cáncer de próstata localizado, independientemente de su grado histológico y/o nivel de antígeno prostático específico (PSA, por sus iniciales en inglés).

### Intervención

El seguimiento activo de los pacientes fue realizado mediante un protocolo estandarizado que incluyó visitas clínicas, medición de PSA y biopsias prostáticas en forma periódica. Antes de 2020, el PSA fue medido cada tres meses y luego, cada seis. Las biopsias se realizaron entre los 6 y 12 meses del diagnóstico, a los 24 meses y luego, cada dos años. Las visitas clínicas tuvieron lugar cada seis meses hasta el tratamiento definitivo.

Otros estudios complementarios, como resonancia magnética y otros biomarcadores, fueron incorporados más tarde a consideración del médico tratante.

### Medición de resultados principales

Los desenlaces evaluados fueron: reclasificación del grado histológico en biopsias de vigilancia (definida como el aumento del grado de la escala *Grade Group*, GG), tratamiento definitivo (prostatectomía, radioterapia, terapia de privación androgénica u otras), metástasis, mortalidad global y específica por cáncer de próstata, recurrencia después de la prostatectomía (definida como la presencia de dos valores de PSA  $\geq 0,2$  ng/ml, aumento del PSA a pesar del tratamiento secundario o ausencia de disminución del PSA a valores indetectables), recurrencia después de la radioterapia (definida como aumento de PSA  $\geq 2$  ng/ml a partir del valor más bajo que se hubiera alcanzado luego de la radioterapia, o necesidad de realizar un tratamiento secundario más de seis meses después de la radioterapia), e incidencia de patología adversa posprostatectomía (presencia de un grado GG3 o superior, o diseminación a las vesículas seminales o ganglios linfáticos).

### Resultados principales

De los 2.155 participantes incluidos, dos tercios (n=1.403) ingresaron al estudio poco tiempo después de ser diagnosticados, antes de la biopsia confirmatoria. La

mediana de edad fue de 63 años al momento del diagnóstico; 90% (n=1936) de los participantes tenían cáncer de próstata de bajo o muy bajo riesgo (score de GG1, mediana de PSA de 5,2 ng/ml).

El seguimiento tuvo una mediana de 7,2 años (4,2 a 11 años), con pérdida de alrededor del 10% de los pacientes. Del total de participantes, el 93,2% (n=2008) realizó al menos una biopsia de seguimiento posterior al diagnóstico, con incidencias acumuladas de biopsias de seguimiento de 88% y 97% a los dos y cinco años, respectivamente. La **Tabla 1** resume los principales resultados.

Tabla 1. Incidencia acumulada de resultados principales de toda la cohorte. Nota: <sup>a</sup>A los 10 años del diagnóstico. Abreviatura: IC: intervalo de confianza

| Desenlace                                                                         | Incidencia (IC 95%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Reclasificación histológica <sup>a</sup>                                          | 43% (40 a 45)       |
| Tratamiento definitivo <sup>a</sup> (principalmente prostatectomía o radiación)   | 49% (47 a 52)       |
| Metástasis <sup>a</sup>                                                           | 1,4% (0,7 a 2)      |
| Mortalidad por cáncer de próstata <sup>a</sup>                                    | 0,1% (0 a 0,4)      |
| Mortalidad por todas las causas <sup>a</sup>                                      | 5,1% (3,8 a 6,4)    |
| Recurrencia a 5 años posprostatectomía o radiación luego de biopsia confirmatoria | 11% (7 a 15)        |
| Recurrencia a 5 años posprostatectomía o radiación luego de biopsias sucesivas    | 8% (5 a 11)         |
| Patología adversa posprostatectomía                                               | 31%                 |

### Conclusiones

Tras diez años del diagnóstico, alrededor de la mitad de los hombres con cáncer de próstata con riesgo favorable permanecieron libres de progresión y no requirieron tratamiento, menos de 2% desarrollaron metástasis y menos de 1% fallecieron a causa de la enfermedad. La progresión tardía y el tratamiento durante la vigilancia no estuvieron asociados a peores resultados, lo que muestra que la vigilancia activa es una estrategia de manejo efectiva para estos pacientes.

### Fuente de financiamiento / Conflictos de interés de los autores:

National Institute of Health, National Cancer Institute, Canary Foundation, Institute for Prostate Cancer Research y Fred Hutchinson Cancer Center. Uno de los autores declaró ser inversor y consultor de PatientApps Inc. y testigo experto médico para varias empresas. Otro autor recibió honorarios de Janssen Pharmaceutica, Pfizer y Merck fuera del trabajo presentado.



## Comentario

El cáncer de próstata ocupa el cuarto puesto en frecuencia absoluta de nuevos casos por año en Argentina. Es la enfermedad oncológica con mayor tasa de incidencia en hombres, con 42 casos cada 100.000 habitantes<sup>2</sup>. Sin embargo, la mortalidad por esta causa muestra una tendencia descendente en los últimos años<sup>3</sup>. En la actualidad, la Fuerza de Tareas Preventivas de Estados Unidos (*USPSTF*, por sus iniciales en inglés) establece que el tamizaje es una recomendación de tipo C (decisión individualizada) en hombres de 55 a 69 años de edad<sup>4</sup>, en parte porque las propuestas terapéuticas están asociadas con tasas significativas de complicaciones en un cáncer de baja letalidad, lo que determina que el beneficio neto del rastreo sea pequeño. La prostatectomía radical está asociada con tasas de hasta 15% de incontinencia urinaria y 87% de disfunción eréctil a los 24 meses del tratamiento<sup>5</sup>. La incidencia acumulada de cualquier complicación a 12 años de la radioterapia supera el 40%, siendo las urinarias y sexuales responsables del 36,1%<sup>6</sup>. Por ello, se resalta la importancia de la consejería y la toma de decisiones compartidas con el paciente; la decisión de realizar o no el tamizaje debe ser individualizada, considerando tanto los beneficios como los riesgos potenciales.

En este contexto, diversas sociedades científicas han respaldado la vigilancia activa como una opción segura y eficaz para el manejo de pacientes con cáncer de próstata de riesgo bajo o intermedio favorable<sup>7-10</sup> con el objetivo de evitar tratamientos inmediatos que pueden conllevar efectos adversos importantes sin comprometer la supervivencia de los pacientes.

El estudio de Newcomb et al.<sup>1</sup> mostró que el seguimiento intensivo de pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo fue una estrategia efectiva y segura para reducir tratamientos innecesarios o prematuros, retrasar sus posibles complicaciones y preservar su calidad de vida, con muy bajas tasas de mortalidad específica y metástasis a distancia.

Entre sus fortalezas, el trabajo se destaca por su buena calidad metodológica y de reporte. La población de estudio y los desenlaces evaluados fueron bien descritos y el tiempo de seguimiento desde el diagnóstico fue adecuado. Los estándares propuestos por la guía STROBE, para analizar la calidad de reporte de estudios observacionales, fueron cumplidos en forma rigurosa<sup>11</sup>. Si bien no hubo en este estudio una comparación directa con un grupo control que haya recibido tratamiento activo, contamos con evidencia proveniente de ensayos clínicos aleatorizados que muestra equivalencia de la vigilancia activa, la radioterapia y la prostatectomía radical a largo plazo<sup>12</sup>. Sin embargo, deben considerarse algunas limitaciones: 1) fueron incorporados nuevos exámenes complementarios para el diagnóstico y la estadificación del cáncer de próstata durante el transcurso del estudio, no incluidos en el protocolo original y cuya realización quedó a criterio médico, lo cual abre la duda sobre cómo fue exactamente la estrategia de seguimiento activo; 2) la cohorte incluyó pacientes con cierta disponibilidad de recursos, lo que limita la extrapolación de los hallazgos a otras poblaciones y 3) debido a la historia natural prolongada del cáncer de próstata se desconoce si un seguimiento aún mayor hubiera evidenciado un aumento en la incidencia de los desenlaces adversos.

La introducción de tecnologías como la resonancia magnética y el desarrollo de nuevos biomarcadores ha mejorado el seguimiento de los pacientes. La selección de quienes requieren biopsia prostática con mayor precisión evita procedimientos invasivos y estratifica el riesgo de manera personalizada, lo que fortalece el enfoque de vigilancia activa y plantea la reconsideración de la oferta de tamizaje individualizado acorde al riesgo<sup>13</sup>. Con herramientas diagnósticas más precisas y estrategias de seguimiento efectivas, es factible ofrecer un abordaje que permita detectar en forma oportuna los casos clínicamente relevantes, brindar seguimiento adecuado y minimizar los daños asociados a tratamientos innecesarios. Sin embargo, a la hora de implementar esta estrategia en los sistemas de salud, es necesario tener en cuenta la accesibilidad de los recursos, como biopsias y resonancia magnética, que no siempre están disponibles en áreas rurales o desfavorecidas. De no mediar una estrategia adicional para facilitar de manera equitativa el acceso a los recursos sanitarios, la implementación de esta estrategia generaría un beneficio selectivo en grupos privilegiados y podría perpetuar desigualdades estructurales, en detrimento de quienes, paradójicamente, podrían obtener un mayor beneficio de la intervención.

### Conclusiones de los comentadores

La vigilancia activa constituye un abordaje terapéutico válido para el cáncer de próstata de bajo grado, ya que reduce los tratamientos, sus complicaciones asociadas y preservaría la calidad de vida de los pacientes, con bajo riesgo de metástasis a distancia y mortalidad específica por esta enfermedad. Los pacientes deben ser informados respecto de las opciones terapéuticas con base en la mejor evidencia disponible y teniendo en cuenta sus preferencias. Sin embargo, cabe destacar que esta estrategia podría reforzar la ley de cuidados inversos, al beneficiar en mayor medida a quienes cuentan con mayor accesibilidad a los recursos sanitarios, salvo que se implementen medidas adicionales para facilitar el acceso universal.

Publicado el 30/01/2025

**Augusto Alvarez**

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. [augusto.alvarez@hospitalitaliano.org.ar](mailto:augusto.alvarez@hospitalitaliano.org.ar)  
<https://orcid.org/0009-0003-4320-816X>]

**Melina Muñoz**

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. [melina.munoz@hospitalitaliano.org.ar](mailto:melina.munoz@hospitalitaliano.org.ar)  
<https://orcid.org/0009-0008-0831-8271>]

Álvarez A, Muñoz M. El seguimiento activo del cáncer de próstata de bajo grado es una alternativa válida y con bajos efectos adversos. Evid Actual Pract Ambul. 2026;29(1):e007185. Available from: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v28i3.7185>.  
Newcomb LF, Schenk JM, Zheng Y, et al. Long-Term Outcomes in Patients Using Protocol-Directed Active Surveillance for Prostate Cancer. JAMA. 2024;331(24):2084–2093. doi:10.1001/jama.2024.6695. PMID: 38814624



Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional  
(CC BY-NC-SA 4.0)

### Declaración de uso de inteligencia artificial

No fueron utilizadas herramientas de IA para la redacción de este artículo.

### Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. Los autores declararon no poseer conflictos de interés.

### Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia.

## Referencias

1. Newcomb LF, Schenk JM, Zheng Y, et al. Long-Term Outcomes in Patients Using Protocol-Directed Active Surveillance for Prostate Cancer. JAMA [Internet]. 2024 [citado 2026 ene 30];331(24):2084–2093. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2024.6695> PMID: [38814624](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38814624/)
2. Argentina. Ministerio de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas - Incidencia [Internet]. [Citado 2026 ene 30] Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>
3. Argentina. Ministerio de Salud. Instituto Nacional del Cáncer - Mortalidad por cáncer de próstata [Internet]. [Citado 2026 ene 30] Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad-cprostat#:~:text=La%20tasa%20de%20mortalidad%20ajustada,8%2F100.000%20varones%2C%20respectivamente>
4. US Preventive Services Task Force; Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA [Internet]. 2018 [citado 2026 ene 30];319(18):1901-1913. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.3710> Erratum in: JAMA. 2018;319(23):2443. doi: 10.1001/jama.2018.7453. PMID: [29801017](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29801017/)
5. Vernooij RWM, Cremers RGHM, Jansen H, et al. Urinary incontinence and erectile dysfunction in patients with localized or locally advanced prostate cancer: A nationwide observational study. Urol Oncol [Internet]. 2020 [citado 2026 ene 30];38(9):735.e17-735.e25. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2020.05.022> Erratum in: Urol Oncol. 2022;40(7):353. DOI: 10.1016/j.urolonc.2022.05.007. PMID: [32680820](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32680820/)
6. Unger JM, Till C, Tangen CM, et al. Long-Term Adverse Effects and Complications After Prostate Cancer Treatment. JAMA Oncol [Internet]. 2024 [citado 2026 ene 30];10(12):1654–62. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2024.4397> PMID: [39509091](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39509091/)
7. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG. Guidelines on Prostate Cancer 2025. Capítulo 7. Seguimiento. [Citado 2026 ene 30] Available from: <https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer/chapter/followup>
8. Eastham JA, Auffenberg GB, Barocas DA, et al. Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO Guideline, Part II: Principles of Active Surveillance, Principles of Surgery, and Follow-Up. J Urol [Internet]. 2022 [citado 2026 ene 30];208(1):19-25. DOI: <https://doi.org/10.1097/ju.0000000000002758> PMID: [35536148](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35536148/)
9. National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate Cancer [Internet]. Version 2.2025 - Abril 16, 2025 [citado 2026 ene 30]. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?id=1459>
10. Sociedad Argentina de Urología. Guía para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata. Rev Argent Urol [Internet]. 2023 [citado 2026 ene 30];88(1):1-56. Available from: <https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/4471/3727>
11. STROBE. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology [Internet]. [Citado 2026 ene 30] Available from: <https://www.strobe-statement.org/>
12. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA, et al. Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. N Engl J Med [Internet]. 2023 [citado 2026 ene 30];388(17):1547-1558. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa2214122> PMID: [36912538](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36912538/)
13. Fazekas T, Shim SR, Basile G, et al. Magnetic Resonance Imaging in Prostate Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Oncol [Internet]. 2024 [citado 2026 ene 30];10(6):745-754. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2024.0734> PMID: [38576242](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38576242/)



Imagen de portada por [Marijana1](#). De uso gratuito bajo la [Licencia de contenido](#) de Pixabay