DOI: https://doi.org/10.46296/gt.v9i18.0411

CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALMENTE AVANZADO CON SÍNTOMAS URINARIOS OBSTRUCTIVOS: REPORTE DE CASO MÁS REVISIÓN

LOCALLY ADVANCED PROSTATE CANCER WITH OBSTRUCTIVE URINARY SYMPTOMS: CASE REPORT AND REVIEW

Guevara-Castillo Jefferson Rolando [1]; Rios-Quezada Manuel Andrés [2]; Torres-Chamba James Karlyle [3]; Chavez-Pinargote Lider Alfredo [4]

[1] Médico general, Hospital Básico Yantzaza. Zamora Chinchipe, Ecuador.
Correo: jeffersongue13@gmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0001-8653-3737

[2] Médico general, SOLCA. Loja, Ecuador.
Correo: manuel.rios@unl.edu.ec. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0001-5923-618X

[3] Médico General. Loja, Ecuador.
Correo: md.jamestorres@outlook.com. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0005-2058-0537

[4] Médico familiar, Dirección Distrital 17D11 Mejía–Rumiñahui. Ecuador.
Correo: chavezlider612@yahoo.com. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0001-3507-4064

Resumen

Introducción: El cáncer de próstata localmente avanzado puede causar síntomas urinarios obstructivos y uropatía, aunque tales manifestaciones son inespecíficas. Objetivo: Sintetizar la evidencia sobre evaluación diagnóstica, complicaciones y tratamiento multimodal. Métodos: Revisión bibliográfica estructurada y síntesis narrativa de fuentes en PubMed/MEDLINE, SciELO y BVS/LILACS, guías y publicaciones primarias con corte al 30 de octubre de 2026; no se realizaron metaanálisis ni recuentos PRISMA. Resultados: Los ensayos respaldan radioterapia junto con privación androgénica prolongada para enfermedad no metastásica seleccionada, e intensificación con abiraterona en grupos definidos de alto riesgo. GETUG-AFU 18 (2026) comunicó mayor supervivencia libre de progresión con radioterapia de 80 Gy frente a 70 Gy; ENZARAD (2026) no mostró beneficio significativo al añadir enzalutamida en el análisis principal. La retención, la hidronefrosis y la disfunción renal requieren intervenciones urológicas específicas sin reemplazar el control tumoral. Conclusiones: El manejo debe distinguir alivio obstructivo y tratamiento oncológico, según estadio, riesgo y función urinaria basal.

Palabras claves: neoplasias de la próstata; enfermedad localmente avanzada; síntomas del tracto urinario inferior; retención urinaria; radioterapia; privación androgénica.

Abstract

Background: Locally advanced prostate cancer may cause obstructive urinary symptoms, although these are nonspecific. Objective: To synthesize evidence on diagnostic assessment, complications, and multimodal treatment. Methods: A structured narrative review of PubMed/MEDLINE, SciELO, the VHL/LILACS portal, guidelines and primary reports published by October 30, 2026; no meta-analysis or PRISMA counts were conducted. Results: Randomized trials support radiotherapy with prolonged androgen deprivation in selected nonmetastatic disease and abiraterone intensification for defined high-risk groups. In 2026, GETUG-AFU 18 reported improved progression-free survival with 80-Gy versus 70-Gy radiotherapy, whereas ENZARAD did not show a significant overall benefit from enzalutamide intensification. Retention, hydronephrosis and renal impairment require specific urological management separate from cancer control. Conclusions: Obstruction relief and oncological treatment require individualized, multidisciplinary decisions based on stage, risk, and baseline urinary function.

Información del manuscrito:
Fecha de recepción: 15 de julio de 2026.
Fecha de aceptación: 28 de septiembre de 2026.
Fecha de publicación: 30 de octubre de 2026.

CC BY NC SA

Keywords: prostatic neoplasms; locally advanced disease; lower urinary tract symptoms; urinary retention; radiation therapy; androgen deprivation therapy.

1. Introducción

El cáncer de próstata constituye una neoplasia de comportamiento heterogéneo que puede evolucionar desde enfermedad confinada a la glándula hasta extensión extraprostática y compromiso de estructuras vecinas. En este artículo se emplea el término «localmente avanzado» principalmente para los estadios clínicos cT3–T4, M0; la afectación ganglionar regional cN1M0 se presenta por separado cuando afecta las recomendaciones terapéuticas [1,2]. La definición anatómica y la estratificación por riesgo deben distinguirse: un tumor de alto riesgo puede seguir siendo organoconfinado, mientras que un tumor localmente avanzado implica extensión local documentada [1].

Aunque la mayoría de los cánceres detectados precozmente son asintomáticos, la progresión local puede manifestarse con chorro débil, hesitación, esfuerzo miccional, nicturia, vaciamiento incompleto, hematuria y retención urinaria [3]. Estos hallazgos se superponen con hiperplasia benigna de próstata, estenosis uretral, infección y disfunción vesical. Una revisión en atención primaria concluyó que los síntomas urinarios bajos, tomados aisladamente, tienen escasa capacidad predictiva para cáncer prostático [4]. Por tanto, es incorrecto atribuir una obstrucción a invasión tumoral sin investigación clínica y anatomopatológica.

En estadios avanzados, la obstrucción de salida vesical puede coexistir con invasión de cuello vesical o compromiso ureteral, hidronefrosis, infección y deterioro de la función renal. En estos casos, la estabilización urológica y el tratamiento sistémico-oncológico son decisiones interdependientes, pero no equivalentes [3,5].

2. Objetivo

Analizar críticamente las manifestaciones urinarias obstructivas asociadas al cáncer de próstata localmente avanzado, su valoración diagnóstica, las consecuencias funcionales y las estrategias de tratamiento local,

sistémico y paliativo, mediante una revisión bibliográfica estructurada con corte documental al 30 de octubre de 2026.

3. Materiales y métodos

3.1 Diseño y pregunta de revisión

Se elaboró una revisión bibliográfica estructurada de síntesis narrativa. Pregunta orientadora: en adultos con cáncer de próstata localmente avanzado o locorregional no metastásico, ¿qué evidencia sustenta la evaluación de los síntomas urinarios obstructivos y la elección de intervenciones destinadas al control tumoral y al alivio de la obstrucción? Debido a la heterogeneidad entre ensayos oncológicos, series de tratamiento desobstructivo y guías, no se intentó un análisis cuantitativo conjunto.

3.2 Fuentes, periodo y estrategias

Se efectuó una revisión dirigida de literatura recuperable mediante PubMed/MEDLINE, SciELO y el portal Biblioteca Virtual en Salud (BVS), con estrategia reproducible propuesta para su filtro LILACS, además de guías y artículos primarios. Se consideraron únicamente publicaciones fechadas hasta el 30 de octubre de 2026. La consulta y comprobación bibliográfica se realizaron en noviembre de 2026, no en la fecha de corte. Se incorporó una actualización dirigida de ensayos de radioterapia e intensificación hormonal aparecidos en septiembre y octubre de 2026. Al no disponerse de exportaciones integrales verificables de las tres bases, no se declaran recuentos exhaustivos de registros ni duplicados, y la revisión debe interpretarse como síntesis narrativa estructurada, no como revisión sistemática.

3.3 Selección, extracción y síntesis

Se priorizaron guías vigentes antes del corte, ensayos aleatorizados de enfermedad no metastásica localmente avanzada, estudios diagnósticos, revisiones y series clínicas sobre manejo de la obstrucción. Se admitieron trabajos en español, inglés o portugués. Se excluyeron noticias, material sin fuente identificable, estudios publicados después del corte y evidencia de cáncer metastásico

cuando no fuera separable, salvo como contexto claramente indicado. Para cada fuente se extrajeron población, diseño, intervención, resultados relevantes, aplicabilidad y limitaciones. La selección y lectura de fuentes fue asistida tecnológicamente; no se declara un cribado independiente por dos revisores, una evaluación formal de riesgo de sesgo, ni una revisión sistemática PRISMA, porque esos procedimientos no se realizaron y documentaron con un registro exportado.

3.4 Alcance y consideraciones éticas

La revisión utilizó fuentes bibliográficas y documentos públicos; no se trataron historias clínicas, datos personales ni intervenciones en pacientes. Los juicios sobre la certeza se presentan de forma narrativa según el diseño de cada evidencia, y no equivalen a una evaluación GRADE formal. Las recomendaciones se interpretaron en el contexto clínico y no reemplazan la evaluación por urología y oncología.

4. Resultados y síntesis temática

4.1 Presentación clínica y diagnóstico diferencial

Los síntomas de vaciamiento —debilidad del chorro, intermitencia, hesitación, pujo y sensación de vaciamiento incompleto— orientan a posible obstrucción infravesical, pero no permiten diferenciar entre crecimiento benigno y neoplásico. Asimismo, urgencia, polaquiuria y nicturia pueden reflejar disfunción vesical secundaria, enfermedades asociadas o efectos del tratamiento [3,4]. Los instrumentos como el International Prostate Symptom Score (IPSS) permiten cuantificar la carga sintomática y realizar seguimiento, pero no poseen validez como prueba diagnóstica de malignidad [3,6].

La evaluación inicial integra antecedentes, medicación, examen abdominal y genital, tacto rectal cuando corresponde, análisis de orina, antígeno prostático específico (PSA) interpretado con criterio clínico y evaluación del residuo posmiccional. Ante retención, insuficiencia renal, infecciones repetidas o sospecha de

hidronefrosis se valora creatinina y ecografía renal-vesical; la evaluación de la vía superior adquiere prioridad cuando existe disfunción renal o retención significativa [6]. La sospecha oncológica requiere confirmación histológica en las situaciones habituales y estadificación anatómica acorde con riesgo y disponibilidad [1,2].

4.2 Confirmación y estadificación

La resonancia magnética multiparamétrica aporta información para definir extensión extracapsular, invasión de vesículas seminales y compromiso local, además de orientar la biopsia. La clasificación clínica T no debe inferirse únicamente de un PSA elevado ni de la intensidad de los síntomas [2]. En pacientes con enfermedad de alto riesgo o localmente avanzada está indicado descartar metástasis mediante PET/TC con antígeno de membrana específico de próstata (PSMA), cuando está disponible, o mediante imagen abdominopélvica y gammagrafía ósea [2,7]. El ensayo proPSMA mostró mayor exactitud de PSMA-PET/CT que la estadificación convencional en pacientes con cáncer de alto riesgo candidatos a tratamiento curativo; su utilidad principal es mejorar la selección y planificación, no diagnosticar por sí sola el origen de la obstrucción [7].

Tabla 1. *Evaluación clínica orientada por el problema obstructivo*

Problema	Evaluación prioritaria	Implicación clínica
Síntomas de vaciamiento sin retención	Historia clínica, IPSS, orina, PSA según contexto, tacto rectal; residuo posmiccional	Diferenciar etiología benigna/neoplásica; decidir estudio oncológico [3,4,6]
Retención aguda	Evaluación urgente, drenaje vesical, diuresis, dolor, función renal	Resolver la urgencia antes de la decisión oncológica definitiva [6]
Hematuria / infección recurrente	Uroanálisis, urocultivo según indicación, hemograma; estudios urológicos	Excluir infección, coágulos, patología vesical u otros diagnósticos [3]
Hidronefrosis / deterioro renal	Creatinina, ecografía o TC, nivel de obstrucción, valoración especializada	Diferenciar obstrucción infravesical de ureteral; derivar si procede [5,6]
Sospecha de cT3–T4 / cN1	Biopsia histológica según indicación, RM, PSMA-PET/TC o estadificación convencional	Separar cN0M0 de cN1M0 y M1 para definir tratamiento [1,2]

4.3 Manejo inmediato y paliativo de la obstrucción

La retención urinaria aguda demanda drenaje inmediato, habitualmente mediante cateterismo uretral; cuando no es posible o está contraindicado debe valorarse una vía suprapúbica por personal entrenado [6]. Si existe compromiso de uréteres por extensión tumoral o adenopatías, pueden requerirse catéteres ureterales o nefrostomía percutánea, según anatomía, función renal y objetivos de atención [5]. La derivación urinaria corrige la amenaza funcional, pero no constituye control oncológico definitivo.

La resección transuretral paliativa de próstata puede aliviar la obstrucción de salida vesical o la hematuria en determinados pacientes. Una serie retrospectiva de Pelletier et al. describió que la indicación predominante fue obstrucción del cuello vesical (69%); no obstante, alrededor de una cuarta parte precisó una nueva resección o terminó usando sonda permanente y la resección no solucionó la obstrucción ureteral preexistente [8]. Estos hallazgos reflejan una población seleccionada de enfermedad avanzada, con riesgo de eventos adversos y resultados funcionales heterogéneos. Por tanto, la decisión debe ponderar pronóstico, necesidad de radioterapia, riesgo de incontinencia y expectativas del paciente [8,9].

Si se inicia privación androgénica en un escenario de complicaciones inminentes, las recomendaciones europeas favorecen un antagonista de GnRH o la orquiectomía frente al inicio de un agonista que podría producir un aumento transitorio de testosterona (flare) [1]. No se propone tratamiento hormonal aislado como sustituto rutinario de un abordaje local definitivo en pacientes aptos para recibirlo [1].

4.4 Tratamiento oncológico multimodal

La radioterapia externa asociada a privación androgénica prolongada constituye el esquema respaldado por mayor evidencia aleatorizada para muchos pacientes con enfermedad localmente avanzada no metastásica. En el ensayo aleatorizado internacional de 1.205 pacientes, la adición de radioterapia a la supresión androgénica mejoró la

supervivencia global (HR 0,70; IC 95%: 0,57–0,85) en el análisis final y redujo la mortalidad por cáncer prostático (HR 0,46; IC 95%: 0,34–0,61) [10]. El estudio SPCG-7/SFUO-3 también identificó una reducción importante de mortalidad específica cuando se añadió radioterapia al tratamiento endocrino [11].

Las guías de la Asociación Europea de Urología recomiendan radioterapia modulada por intensidad/arcoterapia guiada por imágenes junto con privación androgénica durante al menos dos años en cN0M0 localmente avanzado [1]. En pacientes cN0M0 con al menos dos factores de alto riesgo (cT3–4, Gleason ≥8 o PSA ≥40 ng/mL) se recomienda añadir abiraterona durante dos años; para cN1M0 se plantea irradiación de próstata y pelvis, privación androgénica prolongada y dos años de abiraterona [1]. El ensayo STAMPEDE (metaanálisis preespecificado de dos estudios fase 3) incluyó 1.974 pacientes no metastásicos de alto riesgo y halló supervivencia libre de metástasis a seis años de 82% frente a 69% con intensificación mediante abiraterona, con o sin enzalutamida, comparada con tratamiento estándar (HR 0,53; IC 95%: 0,44–0,64) [12]. La combinación con enzalutamida aumentó toxicidad sin demostrar ventaja adicional clara, por lo que no debe confundirse con la adición estándar de abiraterona [12].

La prostatectomía radical con linfadenectomía pélvica extendida puede considerarse en pacientes cN0 cuidadosamente seleccionados, entendiendo que puede requerir radioterapia y/o tratamiento sistémico adicional. No existe, hasta el corte establecido, un ensayo aleatorizado definitivo que demuestre superioridad de cirugía sobre radioterapia más privación androgénica específicamente en la enfermedad localmente avanzada [1,13]. La elegibilidad exige analizar comorbilidades, expectativa de vida, invasión local, calidad de vida y preferencias del paciente.

Una actualización del tratamiento local incorpora GETUG-AFU 18, un ensayo aleatorizado de fase III publicado en septiembre de 2026 en 505 pacientes de alto riesgo tratados con privación androgénica

prolongada. La radioterapia de 80 Gy, frente a 70 Gy, se asoció con mayor supervivencia libre de progresión a 10 años (83,6% frente a 72,2%; HR estratificado 0,56; IC 95%: 0,40–0,78), en un análisis adicional comunicado tras un número de eventos inferior al previsto. No se demostró beneficio definitivo en supervivencia global o específica por cáncer; su relevancia para síntomas obstructivos debe individualizarse según toxicidad urinaria y tratamiento previo [14].

El ensayo ENZARAD (ANZUP 1303), publicado el 24 de octubre de 2026, aleatorizó 802 pacientes de alto riesgo o enfermedad localmente avanzada a radioterapia y 24 meses de privación androgénica, con enzalutamida durante 24 meses o un antiandrógeno no esteroideo antiguo durante seis meses. La supervivencia libre de metástasis a ocho años fue 74% frente a 72% (HR 0,88; IC 95%: 0,67–1,15; p=0,34), sin beneficio significativo global. Una señal en el subgrupo con radioterapia ganglionar pélvica planificada requiere confirmación independiente; por tanto, no justifica generalizar enzalutamida para todos los pacientes M0 [15].

Tabla 2. *Estudios y documentos principales para el tratamiento multimodal*

Fuente y diseño	Población/objetivo	Hallazgo de mayor relevancia	Precaución interpretativa
Mason et al., 2015 [10] · ensayo aleatorizado	1.205 pacientes; ADT frente a ADT + RT	Beneficio en supervivencia global, HR 0,70 (IC 95%: 0,57–0,85).	Técnicas y dosis de RT más antiguas que las actuales.
Widmark et al., 2009 [11] · ensayo aleatorizado	Enfermedad no metastásica localmente avanzada/alto riesgo	Mortalidad específica a 10 años: 11,9% con RT + endocrino vs 23,9% con endocrino.	Criterios y endocrinoterapia históricas.
Bolla et al., 2009 [16] · ensayo aleatorizado	Duración de ADT en combinación con RT	Respalda duración prolongada frente a seis meses en enfermedad localmente avanzada.	Individualizar toxicidad y comorbilidad.
Attard et al., 2022 [12] · metaanálisis de ECA	1.974 pacientes M0 de alto riesgo	Supervivencia libre de metástasis a 6 años: 82% vs 69%; HR 0,53.	Aplicable a grupos seleccionados, no a todos los STUI.
Hofman et al., 2020 [7] · ECA diagnóstico	302 pacientes con enfermedad de alto riesgo	PSMA-PET/TC mejora precisión de estadificación inicial.	Desenlace diagnóstico, no tratamiento de obstrucción.
EAU 2026 [1,2] · guía	cT3–T4 y enfermedad cN1M0	RT + ADT prolongada; abiraterona en indicaciones definidas.	Recomendación dependiente de estadio y recursos.
Hennequin et al., 2026 [14] · ECA GETUG-AFU 18	505 pacientes; RT 80 Gy vs 70 Gy con ADT prolongada	SLP a 10 años: 83,6% vs 72,2%; HR 0,56 (IC 95%: 0,40–0,78).	Análisis a 10 años comunicado adicionalmente; sin evidencia definitiva de mejoría en SG.
Williams et al., 2026 [15] · ECA ENZARAD	802 pacientes; RT + ADT, con enzalutamida vs antiandrógeno no esteroideo	SLM a 8 años: 74% vs 72%; HR 0,88 (IC 95%: 0,67–1,15).	Resultado principal no significativo; señal de subgrupo no confirma beneficio universal.

4.5 Toxicidad genitourinaria, función basal y calidad de vida

La intensidad de síntomas antes del tratamiento condiciona las decisiones sobre radioterapia, braquiterapia y procedimientos endoscópicos. La radioterapia puede producir síntomas irritativos agudos y, con menor frecuencia, secuelas urinarias tardías, como estenosis, hematuria o incontinencia. Los antecedentes de resección transuretral y la toxicidad genitourinaria aguda se han relacionado con mayor riesgo de incontinencia tardía en publicaciones de SciELO [9]. En pacientes con función urinaria desfavorable, la indicación de braquiterapia de refuerzo debe ser muy selectiva [1].

Debe documentarse el estado funcional basal (IPSS, continencia, retención, necesidad de sonda, función sexual y función renal) para medir resultados relevantes al paciente, además de PSA y control de la enfermedad. El seguimiento multidisciplinario ayuda a distinguir recidiva tumoral de efectos adversos del tratamiento y enfermedades urológicas benignas coexistentes [1,9,17].

Tabla 3. *Decisiones clínicas según el escenario*

Escenario clínico	Conducta sustentada por evidencia	Qué evitar
cT3–T4 cN0M0 y apto para intención curativa	RT moderna + ADT prolongada; añadir abiraterona si cumple criterios de alto riesgo [1,10,12].	Usar solo ADT sin justificación o asumir que STUI equivalen a T4.
cN1M0 regional sin metástasis distantes	Discusión multidisciplinaria; RT próstata/pelvis + ADT + abiraterona en pacientes elegibles [1].	Confundir enfermedad nodal regional con metástasis distantes.
Retención aguda / azotemia obstructiva	Descompresión y valoración urgente de función renal y tracto superior [5,6].	Retrasar drenaje por esperar biopsia o inicio de radioterapia.
Obstrucción de salida persistente no controlable	Considerar TURP paliativa individualizada y sus riesgos [8,9].	Suponer que TURP resuelve obstrucción de uréteres.
Hidronefrosis por obstrucción ureteral	Valorar endoprótesis ureteral/nefrostomía según caso [5].	Considerar el drenaje alto equivalente a control del tumor.

5. Discusión

La evidencia revisada muestra una diferencia fundamental entre la «carga de síntomas urinarios» y la «extensión del cáncer». Los síntomas de obstrucción pueden aparecer por coexistencia de

hiperplasia prostática benigna y no establecen la etapa tumoral. En contrapartida, la enfermedad localmente avanzada también puede progresar sin obstrucción clínicamente importante. La evaluación diagnóstica debe integrar histología, PSA, examen clínico y estadificación por imagen, sin derivar el diagnóstico de una sola variable [2–4].

El segundo hallazgo es la solidez de la evidencia para combinar tratamiento local y sistémico en enfermedad no metastásica elegible. Los ensayos de Mason y Widmark consolidaron el valor de radioterapia asociada a tratamiento endocrino, mientras STAMPEDE respaldó abiraterona en subgrupos de alto riesgo [10–12]. GETUG-AFU 18 aporta evidencia actualizada favorable al escalamiento de dosis en supervivencia libre de progresión, pero no confirma ventaja en supervivencia global; ENZARAD no evidenció mejoría significativa del desenlace principal con enzalutamida [14,15]. No debe extrapolarse automáticamente un beneficio en supervivencia o control tumoral a la resolución de obstrucción urinaria inmediata, pues los desenlaces obstructivos no fueron los objetivos principales de estos ensayos.

La tercera dimensión es el manejo simultáneo de la vía urinaria. La descompresión vesical, la derivación urinaria superior y la resección endoscópica paliativa tienen indicaciones diferentes. Las series de TURP paliativa suelen ser retrospectivas, con poblaciones heterogéneas y alto riesgo de confusión, lo que impide afirmar beneficios oncológicos en supervivencia a partir del alivio del flujo urinario. La mejoría del vaciamiento y la calidad de vida debe ponderarse frente a hemorragia, retención persistente, necesidad de procedimientos repetidos e incontinencia [8,9].

En entornos latinoamericanos, la disponibilidad variable de resonancia multiparamétrica, PSMA-PET/CT, radioterapia de precisión y terapias sistémicas exige rutas de derivación escalonadas. La guía peruana de EsSalud documenta recomendaciones para diagnóstico y tratamiento inicial del cáncer localizado y localmente avanzado y refuerza la utilidad de adaptar decisiones al contexto de recursos

[18]. Las publicaciones históricas de SciELO ofrecen perspectiva regional, aunque no sustituyen las guías modernas ni los ensayos actuales [9,17,19].

6. Limitaciones

Esta revisión bibliográfica es estructurada pero no sistemática: no se obtuvo exportación completa y auditada de PubMed, SciELO y LILACS; no se documentó cribado dual independiente, evaluación formal del riesgo de sesgo ni valoración GRADE. No se reportan diagrama PRISMA ni cifras de identificación o exclusión de registros sin respaldo documental. Los ensayos de radioterapia y hormonoterapia incluyeron pacientes de alto riesgo con y sin extensión T3–T4, lo que limita la extrapolación directa a toda obstrucción urinaria por cáncer localmente avanzado. Las evidencias para alivio de la obstrucción proceden principalmente de series retrospectivas. El ensayo ENZARAD no alcanzó significación en el análisis principal y cualquier aparente efecto en subgrupos debe interpretarse con cautela. Se requiere validación final de las fuentes y de la selección por parte de los autores antes del envío editorial.

7. Conclusiones

El cáncer de próstata localmente avanzado puede presentarse con síntomas urinarios obstructivos, pero estos son inespecíficos y requieren diagnóstico diferencial. La retención, hidronefrosis o insuficiencia renal obligan a intervención urológica oportuna. En pacientes M0 aptos para tratamiento definitivo, la radioterapia más privación androgénica prolongada es una estrategia central; la abiraterona se reserva para indicaciones definidas de alto riesgo y cN1M0. El ensayo GETUG-AFU 18 respalda considerar escalamiento de dosis de radioterapia en pacientes seleccionados, mientras que ENZARAD no permite recomendar enzalutamida sistemáticamente en este escenario [14,15]. La resección transuretral paliativa puede aliviar obstrucción infravesical seleccionada, pero no corrige obstrucción ureteral ni reemplaza el tratamiento oncológico. La decisión exige estratificación anatómica,

valoración funcional y discusión multidisciplinaria.

Bibliografía

1. European Association of Urology. EAU Guidelines on Prostate Cancer: treatment [Internet]. Arnhem: EAU; 2026 [consultado nov 2026]. Disponible en: https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer/chapter/treatment

2. European Association of Urology. EAU Guidelines on Prostate Cancer: diagnostic evaluation [Internet]. Arnhem: EAU; 2026 [consultado nov 2026]. Disponible en: https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer/chapter/diagnostic-evaluation

3. National Cancer Institute. Prostate Cancer Treatment (PDQ®)–Health Professional Version [Internet]. Bethesda: NCI [consultado nov 2026]. Disponible en: https://www.cancer.gov/types/prostate/hp/prostate-treatment-pdq

4. Young SM, Bansal P, Vella ET, Finelli A, Levitt C, Loblaw A. Systematic review of clinical features of suspected prostate cancer in primary care. Can Fam Physician. 2015;61(1):e26-e35. PMID:25756146.

5. Prostate Cancer UK. Managing symptoms in advanced prostate cancer [Internet]. [consultado nov 2026]. Disponible en: https://rebuild-prd.prostatecanceruk.org/prostate-information-and-support/advanced-prostate-cancer/managing-symptoms-in-advanced-prostate-cancer

6. National Institute for Health and Care Excellence. Lower urinary tract symptoms in men: management. Clinical guideline CG97 [Internet]. Londres: NICE; 2010 [consultado nov 2026]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg97/chapter/recommendations

7. Hofman MS, Lawrentschuk N, Francis RJ, et al. Prostate-specific membrane antigen PET-CT in patients with high-risk prostate cancer before curative-intent surgery or radiotherapy (proPSMA): a prospective, randomised, multicentre study. Lancet. 2020;395(10231):1208-1216. doi:10.1016/S0140-6736(20)30314-7.

8. Pelletier J, Cyr SJ, Julien AS, Fradet Y, Lacombe L, Toren P. Contemporary outcomes of palliative transurethral resection of the prostate in patients with locally advanced

prostate cancer. Urol Oncol. 2018;36(8):363.e7-363.e11. doi:10.1016/j.urolonc.2018.05.004.

9. Celada Álvarez FJ. Incontinencia urinaria, cáncer de próstata y radioterapia externa. Arch Esp Urol. 2009;62(10). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0004-06142009001000006&script=sci_arttext

10. Mason MD, Parulekar WR, Sydes MR, et al. Final report of the intergroup randomized study of combined androgen-deprivation therapy plus radiotherapy versus androgen-deprivation therapy alone in locally advanced prostate cancer. J Clin Oncol. 2015;33(19):2143-2150. doi:10.1200/JCO.2014.57.7510.

11. Widmark A, Klepp O, Solberg A, et al. Endocrine treatment, with or without radiotherapy, in locally advanced prostate cancer (SPCG-7/SFUO-3): an open randomised phase III trial. Lancet. 2009;373(9660):301-308. doi:10.1016/S0140-6736(08)61815-2.

12. Attard G, Murphy L, Clarke NW, et al. Abiraterone acetate and prednisolone with or without enzalutamide for high-risk non-metastatic prostate cancer: a meta-analysis of primary results from two randomised controlled phase 3 trials of the STAMPEDE platform protocol. Lancet. 2022;399(10323):447-460. doi:10.1016/S0140-6736(21)02437-5.

13. Mayor de Castro J, Caño Velasco J, Aragón Chamizo J, et al. Cáncer de próstata localmente avanzado. Definición, diagnóstico y tratamiento. Arch Esp Urol. 2018;71(3):231-238. PMID:29633943.

14. Hennequin C, Sargos P, Roca L, et al. High-dose radiotherapy in patients with high-risk prostate cancers treated with long-term androgen deprivation therapy (GETUG AFU 18): a randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2026;27(9):1158-1167. doi:10.1016/S1470-2045(26)00277-9.

15. Williams S, Sweeney CJ, Thomas H, et al. ENZARAD (ANZUP 1303): phase 3 trial of enzalutamide with androgen deprivation therapy and radiation therapy in high-risk localized or locally advanced prostate cancer. J Clin Oncol. Publicado en línea el 24 oct 2026. doi:10.1200/JCO-26-01794.

16. Bolla M, de Reijke TM, Van Tienhoven G, et al. Duration

of androgen suppression in the treatment of prostate cancer. N Engl J Med. 2009;360(24):2516-2527. doi:10.1056/NEJMoa0810095.

17. Ferrandis C, March JA, Martínez JM, et al. Tratamiento combinado con radioterapia externa y hormonoterapia en los pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado: factores predictivos de toxicidad genitourinaria. Actas Urol Esp. 2011;35(3):146-151. doi:10.1016/j.acuro.2010.08.006.

18. Seguro Social de Salud (EsSalud), Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento inicial de cáncer de próstata localizado y localmente avanzado [Internet]. Lima: EsSalud; 2021. Disponible en: https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/1879

19. Esquena Fernández S, Maroto Rey P, Sancho Pardo G, Palou Redorta J, Villavicencio Mavrich H. Tratamiento actual del cáncer de próstata de alto riesgo y localmente avanzado. Actas Urol Esp. 2007;31(5):445-451. doi:10.1016/S0210-4806(07)73667-7.

Anexo 1. Estrategias de búsqueda y trazabilidad

Alcance temporal: sin límite inferior, con filtro de fecha de publicación ≤ 30/10/2026. Idiomas: español, inglés y portugués. Las estrategias indican cómo reproducir la búsqueda, pero no constituyen por sí solas prueba de un cribado exhaustivo exportado.

Fuente	Estrategia sugerida/reproducible
PubMed/MEDLINE	("Prostatic Neoplasms"[MeSH] OR "prostate cancer"[tiab]) AND ("locally advanced"[tiab] OR "T3"[tiab] OR "T4"[tiab] OR "high-risk"[tiab]) AND ("Urinary Retention"[MeSH] OR obstruct*[tiab] OR "lower urinary tract symptoms"[tiab] OR radiotherap*[tiab] OR "androgen deprivation"[tiab]) AND ("1900/01/01"[dp]:"2026/10/30"[dp])
SciELO	("cáncer de próstata" OR "câncer de próstata" OR "prostate cancer") AND ("localmente avanzado" OR "locally advanced" OR "obstrucción" OR "retenção urinária" OR "radioterapia") · validar filtro de publicación hasta 30/10/2026.
BVS/LILACS	(mh:("Neoplasias de la Próstata") OR tw:("cáncer de próstata" OR "câncer de próstata")) AND tw:("localmente avanzado" OR "obstrucción urinaria" OR "retenção urinária" OR "radioterapia") · seleccionar base LILACS y limitar publicaciones a 30/10/2026.
Actualización dirigida de ensayos (PubMed)	("ENZARAD"[tiab] OR "GETUG AFU 18"[tiab] OR "GETUG-AFU 18"[tiab]) AND ("1900/01/01"[dp]:"2026/10/30"[dp]); cotejar DOI, fecha de publicación y texto del estudio.

Trazabilidad / aclaración: se cotejaron metadatos y resultados de ensayos PubMed (incluidos GETUG-AFU 18, PMID 42636837, y ENZARAD, PMID 42921729), artículos consultables de SciELO y documentos clínicos oficiales o regionales. La estrategia BVS permite localizar literatura regional, pero no se obtuvo un archivo exportado con la totalidad de registros filtrados de LILACS. Por tanto, no se informan cantidades de estudios seleccionados ni un cribado formal por pares. La búsqueda reproducible completa requerirá exportaciones RIS/CSV, deduplicación y registro de motivos de exclusión, si la revista lo exige.

Última comprobación editorial recomendada: cotejar el PMID/DOI de cada referencia, confirmar el texto íntegro pertinente y adaptar estilo, extensión y declaraciones a las instrucciones específicas de la revista receptora.