



## ARTÍCULO DE REVISIÓN

# Terapia focal en cáncer de próstata. Racionalidad, indicaciones y selección



F. Gómez-Veiga<sup>a,\*</sup>, P. Portela-Pereira<sup>a</sup>, J.M. Cozar-Olmo<sup>b</sup>, H. Ahmed<sup>c</sup>, C. Moore<sup>c</sup>, L. Dickinson<sup>c</sup>, F. Algaba<sup>d</sup>, L. Izquierdo<sup>e</sup>, A. Alcaraz Asensio<sup>e</sup>, S. Martínez-Breijo<sup>a</sup> y M. Emberton<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urología, Hospital Universitario de Salamanca y Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

<sup>b</sup> Servicio de Urología, Hospital Universitario de Granada, Granada, España

<sup>c</sup> Urology Department, University College London Hospital, Londres, Reino Unido

<sup>d</sup> Servicio de Urología, Fundación Puigvert, Barcelona, España

<sup>e</sup> Servicio de Urología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 13 de diciembre de 2013; aceptado el 19 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 18 de febrero de 2014

### PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata;  
Terapia focal;  
Diagnóstico;  
Tratamiento

### Resumen

**Contexto:** El tratamiento del cáncer de próstata localizado está sujeto a gran controversia en lo referente a sus posibilidades de tratamiento, radical o seguimiento activo. El objetivo de este trabajo es analizar la racionalidad de la terapia focal, selección de tumores y pacientes en el entorno de las alternativas existentes.

**Adquisición de evidencia:** Revisamos la literatura actual en Medline, relacionada con las ventajas e inconvenientes sobre el tratamiento de cáncer de próstata localizado, así como la información publicada sobre la terapia focal en referencia a la selección de tumores, características e indicaciones para terapia focal.

**Síntesis de evidencia:** Los tumores de bajo riesgo, PSA < 10-15, Gleason  $\leq$  6, junto con las biopsias guiadas apoyadas con la resonancia magnética nuclear (RMN) y la unilateralidad deben ser el estándar para dicha selección. Existen dudas sobre la conveniencia de la terapia focal en los casos de bilateralidad o aquellos de Gleason 3 + 4 o PSA > 15.

**Conclusiones:** La terapia focal puede ser una alternativa para tratar el cáncer de próstata localizado, si bien algunos de sus aspectos diagnósticos y de selección deberán ser definidos por estudios prospectivos, que esperamos nos puedan aportar conocimiento sobre la indicación de la terapia focal.

© 2013 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fgveiga@telefonica.net](mailto:fgveiga@telefonica.net) (F. Gómez-Veiga).

**KEYWORDS**

Prostate cancer;  
Focal therapy;  
Diagnosis;  
Treatment

**Focal Therapy for Prostate Cancer. Rationale, Indications and Selection****Abstract**

*Context:* The great controversy surrounding the treatment of localized prostate cancer is related with its possibilities of radical treatment or active surveillance. The objective of this paper is to analyze the rationale selection among current focal therapy modalities regarding tumor and patient selection.

*Evidence acquisition:* Current articles about advantages and disadvantages on the treatment of localized prostate cancer as well as information about focal therapy regarding tumour selection, characteristics and indications cited in MEDLINE search were reviewed.

*Summary of evidence:* Focal therapy standardized criteria must be: low risk tumors, PSA < 10-15, Gleason score  $\leq 6$ , and unilateral presentation all supported by image-guided biopsy and nuclear magnetic resonance (NMR). There are doubts about the suitability of focal therapy in cases of bilateralism or in those with Gleason score 3 + 4 or PSA > 15.

*Conclusions:* Focal therapy is an alternative for localized prostate cancer treatment. However, some aspects of their diagnosis and selection criteria should be defined by prospective studies which should provide knowledge about the indication for focal therapy.

© 2013 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción y racionalidad**

Hasta la fecha las estrategias terapéuticas utilizadas ante un cáncer de próstata clínicamente localizado (CPCL) consistían en proponer tratamientos activos como la cirugía radical. Aunque estos procedimientos han demostrado ser altamente eficaces consiguiendo altas tasas de curación en el CPCL, como contrapartida conllevan una importante morbilidad y deterioro de la calidad de vida<sup>1,2</sup>.

Con la intención de evitar la morbilidad asociada al sobrediagnóstico y consiguiente sobretratamiento radical del CPCL, surge en la última década una opción terapéutica no invasiva «la vigilancia activa».

Entre estas 2 estrategias aparece la terapia focal (TF) en el CPCL como una modalidad terapéutica que pretende tratar la glándula prostática bajo el principio de órgano-preservación. El efecto se consigue mediante la eliminación del mayor foco tumoral (*tumor index*) que es el condicionante del volumen tumoral total de la próstata, del grado de Gleason tumoral, así como de su agresividad biológica.

La principal limitación que encuentra el urólogo para indicar la TF hoy día en el CPCL de riesgo bajo o intermedio está precisamente en sus dudas sobre la localización, la infaestadificación de la enfermedad y la seguridad oncológica que obtendría al aplicar una técnica.

Solo el conocimiento científico obtenido de la experiencia y resultados de las distintas series publicadas en la literatura puede despejarnos estas dudas, y poner la TF en su sitio justo.

El urólogo debe profundizar en conocimientos tales como:

- 1) El tipo y características de los pacientes que pueden beneficiarse de la TF.
- 2) Qué técnicas de imagen y mínimos diagnósticos debe exigir para su correcta indicación.
- 3) La necesidad de saber valorar muy bien la información aportada por las biopsias para definir el *tumor index*.

Todo este tipo de información es la que deberá dominar y tener en cuenta el urólogo para proponer o no esta alternativa a su paciente e informarle correctamente de sus ventajas, beneficios e inconvenientes, así como de la calidad de vida que mantendrá. Si la TF lo consigue estaremos ante un cambio de paradigma en el manejo local de esta prevalente enfermedad.

El objetivo de esta revisión es desarrollar y analizar los estudios publicados que aportan una visión global sobre la pertinencia de la TF, diagnóstico y selección de pacientes que pudieran considerarse candidatos a TF.

**Racionalidad y métodos de biopsia para terapia focal**

La TF ha cobrado especial interés durante los últimos 5 años como un cambio de paradigma de tratamiento, situándose en un término medio entre la vigilancia y la terapia radical<sup>3</sup>. Sin embargo, aún queda por consensuar el grupo de pacientes candidatos a esta terapia<sup>4,5</sup>. Algunos autores consideran que la TF es una alternativa frente a la vigilancia activa<sup>6</sup>, mientras que otros argumentan que la TF debe considerarse como una alternativa frente a las terapias radicales<sup>7,8</sup>. Los argumentos que justificarían que la TF debería llevarse a cabo exclusivamente en pacientes candidatos a vigilancia activa incluirían:

- 1) Reducción de la morbilidad psicológica (carga emocional) que supone no recibir tratamiento para el cáncer.
- 2) Reducción de la tasa de progresión del cáncer en cerca de 1/3 de los pacientes que requieren una intervención tardía dentro de los 5 años siguientes. Hasta un 10% de los pacientes sometidos a vigilancia activa eligen recibir intervención dentro de los 5 años, incluso en ausencia de una progresión histológica<sup>9,10</sup>.

La aplicación de la TF se puede argumentar como una estrategia para reducir las reacciones adversas asociadas a la terapia convencional sobre la glándula completa. A pesar

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843520>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843520>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)