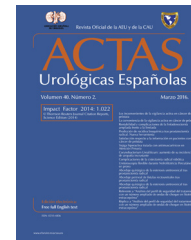




Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/actasuro



ARTÍCULO ORIGINAL

Nuestra experiencia en el manejo del cáncer de próstata en pacientes trasplantados renales

A. Narváez*, J. Suarez, L. Riera, M. Castells-Esteve, R. Cocera y F. Vigués

Department of Urology and Renal Transplantation, Bellvitge University Hospital, IDIBELL, Barcelona, España

Recibido el 11 de junio de 2017; aceptado el 13 de octubre de 2017

PALABRAS CLAVE

Trasplante renal;
Cáncer de próstata;
Prostatectomía radical;
Vigilancia activa;
Recidiva bioquímica

Resumen

Introducción y objetivos: El manejo del cáncer de próstata (CP) en receptores de trasplante renal (RTR) es un reto y muchos aspectos siguen siendo controvertidos. Actualmente no hay consensos sobre el manejo de esta enfermedad. El objetivo del estudio fue analizar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento del CP en RTR.

Método: Estudio monocéntrico retrospectivo de una base de datos prospectiva y consecutiva del 2003-2017. Inclusión de RTR diagnosticados de CP. Estadificación y tratamiento según guías contemporáneas. Los principales parámetros evaluados incluyeron estadificación clínica, tipo de tratamiento, resultados oncológicos y seguimiento.

Resultados: De 1.330 trasplantes renales (787 varones), se diagnosticó CP en 33 RTR (4,2%), con una edad media de 66 años \pm 6,3 (51-78). La media de PSA fue de 8,8 ng/ml y PSA ratio de 0,19. El tiempo medio entre el trasplante renal y el diagnóstico de CP fue de 130 meses \pm 90 (2-236). Tratamiento: prostatectomía radical (PR) (n=22; 66,7%), radioterapia (RT) más terapia de privación androgénica (TDA) (n=7; 21,2%), vigilancia activa (n=3; 9,1%) y TDA (n=1; 3%). No se reportaron pérdidas del injerto ni deterioro de la función renal atribuibles al tratamiento del CP. Tras PR, 2 pacientes (9,1%) presentaron recurrencia bioquímica, tratados con RT. La remisión fue del 100% y el seguimiento medio, de 61 meses \pm 37 (6-132).

Conclusiones: El CP en trasplantados renales puede ser manejado con las mismas opciones terapéuticas que en la población general. La vigilancia activa debería también considerarse en los RTR a pesar de estar bajo tratamiento inmunosupresor.

© 2017 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alonsonarvaezbarros@gmail.com (A. Narváez).

<https://doi.org/10.1016/j.acuro.2017.10.005>

0210-4806/© 2017 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Narváez A, et al. Nuestra experiencia en el manejo del cáncer de próstata en pacientes trasplantados renales. Actas Urol Esp. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2017.10.005>

KEYWORDS

Renal transplant;
Prostate cancer;
Radical
prostatectomy;
Active surveillance;
Biochemical
recurrence

Our experience in the management of prostate cancer in renal transplant recipients

Abstract

Introduction and objectives: The management of Prostate cancer (PCa) in renal transplant recipients (RTR) is challenging and remain controversial. Currently there is no consensus about this condition. The aim of the study was to analyse our experience in the diagnosis and management of PCa in RTR.

Method: Retrospective monocentric study of a prospective and consecutive database from 2003-2017. Inclusion of RTR diagnosed of PCa. Staging and treatment in agreement with the contemporary guidelines. The main outcome measures included clinical staging, type of treatment, oncological outcomes and follow-up.

Results: 1,330 renal transplants were performed (787 males), diagnosed of PCa in 33 RTR (4.2%), mean age 66 years \pm 6.3 (51-78). Median PSA was 8.8 ng/ml and PSA ratio 0.19. Mean time between renal transplantation and PCa diagnosis 130 months \pm 90 (2-236). Treatments: Radical prostatectomy (RP) (n=22; 66.7%), Radiation therapy (RT) with Androgen deprivation therapy (ADT) (n=7; 21.2%), Active surveillance (n=3; 9.1%), ADT (n=1; 3%). No graft loss neither impaired renal function due to PCa treatment was reported. After RP two patients (9.1%) presented biochemical recurrence treated with RT. Remission of the 100%. Mean follow-up was 61 months \pm 37 (6-132).

Conclusions: PCa in renal transplant patients can be managed with the same therapeutic options as in the general population. Active surveillance should also be provided in RTR despite being under immunosuppressive therapy.

© 2017 AEU. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cáncer es un evento adverso importante del trasplante de órganos sólidos, con un riesgo 2-3 veces más elevado de tumores que la población general, especialmente el cáncer de piel y los procesos linfoproliferativos postrasplante¹.

La presencia de neoplasias son una gran amenaza y causa de morbilidad en los receptores de trasplante renal (RTR). En esta población, las neoplasias de órgano sólido más comúnmente reportadas han sido las enfermedades linfoproliferativas, seguidas del cáncer de pulmón y las genitourinarias².

Hoy en día, la morbilidad y la mortalidad de los RTR sigue de origen cardiovascular principalmente, pero se ha sugerido que en los próximos 20 años la mortalidad secundaria al desarrollo de tumores será la principal causa de muerte en estos pacientes³.

Entre los tumores urogenitales de los RTR, se ha estimado una tasa de incidencia aumentada de carcinoma de células renales (15 veces), vejiga (3 veces), testicular (3 veces) y próstata (2 veces) en comparación con la población general¹⁻³. De estos, el carcinoma de células renales y el cáncer de próstata (CaP) han sido reportados como los cánceres genitourinarios más comunes después del trasplante de órganos sólidos⁴⁻⁷.

El CaP es el tumor más común en los hombres, con una incidencia estimada estandarizada por edad de 82,27 casos por 100.000 hombres⁸. Esta enfermedad en RTR no ha sido ampliamente estudiada, su incidencia sigue siendo variable, notificándose 2-5 veces más que en la población general, de 0,3 a 1,9%, especialmente en series donde el cribado sistemático se realiza por antígeno prostático específico (PSA) y tacto rectal (TR) en todos los hombres RTR mayores de

50 años con una esperanza de vida de al menos 10 años^{9,10}. Sin embargo, hay series en las que la incidencia es similar o incluso menor que la población general. Asimismo, la prevalencia aumenta con la edad del receptor debido a la mayor supervivencia del aloinjerto, y si se realiza un cribado sistemático intensivo¹¹⁻¹⁸.

Las modalidades de tratamiento que se han utilizado para RTR con CaP incluyen prostatectomía radical (PR), radioterapia (RT), terapia hormonal y vigilancia activa (VA)¹⁹. En RTR hay una serie de consideraciones importantes por lo que el manejo de esta enfermedad es un desafío. Se cree que los RTR bajo terapia inmunosupresora pueden tener una mayor morbilidad postoperatoria y una mayor tasa de progresión tumoral dado su vulnerabilidad a la infección debido a la inmunodeficiencia y el estado oncogénico de los tratamientos inmunosupresores. Además, la cirugía en los RTR se complica por varios factores, que incluyen la distorsión de los planos tisulares normales, la ubicación pélvica del riñón trasplantado que dificultan la realización de una linfadenectomía bilateral²⁰.

No obstante, la PR sigue siendo la opción preferencial, varias series publicadas han demostrado que es técnicamente factible mediante prostatectomía radical abierta retropúbica (PRR), prostatectomía radical perineal (PRP), prostatectomía radical laparoscópica (PRL) y prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot (PRLAR)^{20,21}.

Otro aspecto es la RT, que a menudo se evita por riesgos de lesión del aloinjerto, lesión ureteral y estenosis uretrales. Por el contrario, algunos expertos sostienen que la RT es una opción segura y viable en los RTR, ya que las dosis administradas al injerto generalmente están por debajo de los umbrales reportados para inducir complicaciones^{22,23}.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8769122>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8769122>

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