

Braquiterapia en el cáncer de próstata localizado

Abascal Junquera JM*, Hevia Suarez M, *Abascal García JM*, Abascal García R*,
Gonzalez Suárez H**, Alonso A**, Juan Rijo G**, Prada PJ**.

*Servicio Urología. **Servicio Radioterapia. Hospital Universitario Central de Asturias.

Actas Urol Esp. 2007;31(6):617-626

RESUMEN

BRAQUITERAPIA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

Introducción y objetivos: Teniendo en cuenta la alta frecuencia del cáncer de próstata en estadios localizados, existen actualmente técnicas mínimamente invasivas que compiten con la cirugía clásica. Una de ellas es la Braquiterapia de Baja Tasa de Dosis con implantes permanentes de semillas de Yodo-125.

El objetivo del presente trabajo es exponer nuestra experiencia desde el año 1998 en que realizamos el primer tratamiento hasta el día de hoy. Se analizan los resultados y la morbilidad de los pacientes con un seguimiento de 7 años y medio.

Material y Métodos: Un total de 800 pacientes fueron tratados con Baja Tasa de Dosis, con edad media de 68 años y rango entre 48 y 83 años. En todos los pacientes las semillas de I125 fueron utilizadas con Rapid-Strand, con técnica de carga periférica y mediante planificación intraoperatoria.

Resultados: La tasa de complicaciones urinarias fueron del 3% de RAO, y del 0,2% de incontinencia urinaria. La morbilidad sobre el aparato digestivo fue de un 12% de sangrados intermitentes, 2% de proctitis, y un 0,3% de fistulas rectales.

Palabras clave: Braquiterapia. Cáncer de próstata localizado.

ABSTRACT

BRACHYTHERAPY IN THE LOCALIZED PROSTATE CANCER

Introduction and objectives: Considering the high frequency of localized prostate cancer in stages, at the moment there are minimally invasive techniques that compete with the classic surgery. One of them is the Low Dose Rate (LDR) Brachytherapy with permanent implants of I125 seeds.

The objective of the present study is to expose our experience from the year 1998, when we made the first treatment, until today. The results and the morbidity of the patients over a 7 and a half years period are analyzed.

Material and methods: A total of 800 patients were treated with LDR brachytherapy, with average age of 68 years and range between 48 and 83 years. In all patients the I125 seeds were used with Rapid-Strand and peripheral load by means of intraoperative planning.

Results: The urinary rate of complications was of 3% of AUR, and 0.2% of urinary incontinence. The morbidity on the digestive apparatus was of a 12% intermittent bleeding, 2% of proctitis, and a 0.3% of rectal fistulas.

Keywords: Brachytherapy. Localized prostate cancer.

Es conocido que el carcinoma de próstata es la segunda causa de muerte por cáncer en el varón, y que su incidencia está aumentando, ya sea por el envejecimiento de la población, la mayor precisión en el despistaje o el aumento del número de biopsias sistemáticas de próstata.

El resultado de todos estos factores es un gran incremento del diagnóstico de cáncer localizado en la glándula, y por lo tanto susceptible de un tratamiento curativo, y que además cada vez se ve en gente más joven.

Las posibilidades de tratamiento en estos casos seleccionados van desde la observación y

vigilancia hasta la prostatectomía radical, con sus variantes de cirugía laparoscópica, con o sin robot, y las técnicas menos invasivas como la braquiterapia, radioterapia conformada o crioterapia.

Las pequeñas variaciones de resultados a largo plazo independientemente de la técnica utilizada y la menor morbilidad de estas últimas fue lo que impulsó su desarrollo, y las introdujo en el abanico de posibilidades terapéuticas en el tratamiento del carcinoma de próstata localizado¹.

Las técnicas cada día más evolucionadas, tienden a minimizar la agresión quirúrgica, equiparando, a menudo que el carcinoma es más localizado y mejor diferenciado, la supervivencia a la de la prostatectomía radical abierta, laparoscópica.

La evolución técnica parte de los axiomas antiguos, mejorando la incisión, sangrado, tiempo de ingreso, y complicaciones. Así la cirugía abierta se ve igualada en resultados por la Laparoscópica, Laparoscópica robótica y mejorada en los aspectos que antes comentábamos.

También en la radioterapia ocurre de forma similar, y desde inicios del siglo pasado, Young 1910, Pasteau 1914² utilizan radio por vía intrauretral, posteriormente Barringer³ lo aplica por vía transperineal; Flocks por vía retropúbica inicia el tratamiento mediante Au coloidal, que posteriormente y con I125 llevaría acabo Whitmore⁴ en Nueva York.

El primero que utilizó la vía transperineal para implante de semillas radiactivas fue Hans Holm en la Universidad de Copenhague⁵ en 1980, y Blasko y Haakon Radge en el Northwest Hospital de Seattle⁶ los que por último normalizaron la utilización de rejilla graduada, y programas computarizados que permitieron la reproducción del método, y una distribución uniforme y controlada de la radiación.

La palabra braqui viene del griego "brachys", que significa corto, de ahí que la braquiterapia sea el tratamiento mediante fuentes radioactivas encapsuladas aplicadas a corta distancia del tejido a tratar.

Nos vamos a referir a la braquiterapia intersticial que es aquella en la que se utilizan unas agujas huecas para aplicar en el interior de los tejidos. Hay dos tipos de braquiterapia intersti-

cial una con implante temporal y otra con implante permanente. En la temporal colocamos las agujas de forma dirigida por ecografía, vía transperineal, en la próstata; las agujas son huecas y la dosis de irradiación se administra de forma única, en pocos minutos y a través de una máquina de carga diferida automática.

El elemento radiactivo que proporciona dicha irradiación es el iridio 192 (alta tasa de dosis). Una vez finalizado el tratamiento se retira el implante, se repite el tratamiento a los 15 días, y posteriormente se complementa con radioterapia externa. (Protocolo de HDR en Fase II).

En el caso del implante permanente de Baja Tasa de dosis se aplica la misma técnica, pero usando unas semillas radiactivas de I125 o Paladio103, que quedan en el interior de la próstata, y se distribuyen uniformemente para lograr una irradiación completa de la glándula.

El primer implante que se practicó en nuestro país, de tipo intersticial con Au198, abordando la glándula por vía retropúbica (Pfannestield), se realizó en el Hospital General de Asturias en 1981⁷.

Se trató por aquel entonces una veintena de pacientes, complementados posteriormente con radioterapia externa. La técnica se abandonó por la necesidad de anestesia, abordaje quirúrgico, la colocación a mano alzada de las semillas, elevada morbilidad y como consecuencia de esto, la irregular distribución de los implantes y una dosificación descontrolada.

El desarrollo de las técnicas de imagen, sobre todo de la ecografía con transductor rectal, y la aplicación de programas de medición y de planificación de la dosimetría, le dan un gran impulso a la técnica.

En 1983, como ya habíamos mencionado, Holm, fue el primero en utilizar la vía perineal para implante de semillas, guiado por ecografía transrectal. Posteriormente en 1984, Blasko y Radge en Seattle fueron los grandes impulsores de esta técnica, con I125, incorporándose el Paladio en 1986, que hoy en día ya apenas se utiliza.

Por otro lado en 1987 en Alemania se lleva a cabo la primera aplicación de Alta Tasa (HDR), que sistematizó y divulgó en EEUU Álvaro Martines, quien tuteló el primer implante de Alta Tasa en España, que realizamos en el Hospital General de Asturias en 1998.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3844773>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3844773>

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