



REFLEXIÓN

Uso de la quimioterapia en cáncer testicular de células germinales

Milton Alberto Lombana Quiñonez*

Médico Especialista en Oncología Clínica y Hematología, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Epidemiología, Coordinador Médico, Centro Integral de Cáncer, Clínica de Occidente, Cali-Valle del Cauca, Colombia

Recibido el 6 de julio de 2014; aceptado el 16 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE

Tumor;
Cáncer;
Testículo;
Células germinales;
Quimioterapia;
Radioterapia;
Linfadenectomía;
Pronóstico;
Supervivencia;
Toxicidad

Resumen

Los tumores testiculares de células germinales tienen un excelente pronóstico de supervivencia específica de enfermedad que va del 99% de los pacientes con enfermedad localizada al 73% de aquellos con enfermedad metastásica. La biología del tumor, pero especialmente el uso adecuado del tratamiento multidisciplinario han influido estos desenlaces. Pacientes con seminoma clásico en estadio I no candidatos a vigilancia activa pueden beneficiarse de 1-2 ciclos de carboplatino con menor toxicidad temprana que la radioterapia. En estadio I de tumores no seminomatosos de riesgo alto, el uso de un ciclo de quimioterapia protocolo BEP parece ser superior a la linfadenectomía, pero esta es una opción adecuada en centros con experiencia si el paciente no desea quimioterapia. En pacientes con estadio II y III, el estándar de manejo luego de la orquidectomía es la quimioterapia con BEP, 3-4 ciclos dependiendo del riesgo, reservando la cirugía para enfermedad residual.

© 2014 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Elsevier España, S.L.
Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Tumor;
Cancer;
Testicle;
Germ cells;
Chemotherapy;
Radiotherapy;
Lymphadenectomy;
Prognosis;
Survival;
Toxicity

Use of chemotherapy in testicular germ cell tumors

Abstract

Testicular germ cell tumors have an excellent prognosis for disease-specific survival ranging from 99% to 73% in patients with localized disease and metastatic disease, respectively. Tumor biology, and in particular, the proper use of multidisciplinary treatment have influenced these outcomes. Patients with classic stage I seminoma not candidates for active surveillance can benefit with 1-2 cycles of carboplatin with less early toxicity versus radiotherapy. In stage I non-seminomatous high-risk tumors, using 1 cycle of a BEP chemotherapy protocol seems superior to lymphadenectomy, but the latter is an appropriate option in experienced centers, if the patient does not want chemotherapy. In patients with stage II and III, the standard therapy after orchiectomy is chemotherapy with BEP, 3-4 cycles depending on risk, reserving surgery for residual disease.

© 2014 Sociedad Colombiana de Urología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Diseño del estudio: artículo de reflexión.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miltonlombana@gmail.com (M.A. Lombana Quiñonez).

Introducción

El cáncer testicular es el 1,4% de todos los tumores malignos masculinos en todo el mundo, con una incidencia de 1,5 casos/100.000 personas/año. En Colombia corresponde al 2,5% de la prevalencia de cáncer y una incidencia de 2,8/100.000/año¹. Más del 95% de los tumores testiculares son de células germinales².

A pesar de esta baja prevalencia, es el tumor más frecuente en adultos jóvenes entre los 15 y 35 años³. El tratamiento multidisciplinario de estos tumores ha llevado a tasas de supervivencia relativa a 5 años del 99,1% para enfermedad localizada, el 95,8% para enfermedad regional y el 73,8% para enfermedad metastásica⁴. Esta alta probabilidad de curación está relacionada no solo con aspectos específicos de la biología molecular del tumor, sino especialmente con el uso juicioso de las tres modalidades de tratamiento (cirugía, quimioterapia y radioterapia). En este artículo se revisan los datos actuales sobre el papel de la quimioterapia en los tumores testiculares de células germinales según su estadio y su histología, enfocada en todos los casos como primera línea de tratamiento.

Estadio I (pT1-4, N0, M0, SX). Seminoma

Luego de la orquidectomía y que los estudios de estadificación complementarios confirman un estadio IA, existen tres opciones de conducta en este escenario: vigilancia activa, radioterapia o quimioterapia. La recomendación actual de preferencia en las guías de NCCN⁵ y ESMO⁶ es la vigilancia activa, dado que la supervivencia específica de cáncer para este grupo de pacientes es excelente, del 99,6% según el estudio de cohortes más largo conocido hasta la fecha⁷. La probabilidad de recaída sin tratamiento adyuvante está alrededor del 17% en una reciente revisión sistemática⁸ y en el 19,5% en 10 años, según el estudio de Mortensen et al. Desafortunadamente a la fecha no existen estudios clínicos aleatorizados que comparen vigilancia activa y tratamiento adyuvante⁹, lo cual hace que la toma de decisiones en este punto sea más un tema de establecer la facilidad para el seguimiento apropiado de los pacientes y una toma de decisiones informada y conjunta.

Esta recomendación exige, tanto al paciente como al médico, la institución clínica y el sistema de salud encargados, un adecuado cumplimiento de los protocolos de seguimiento clínico e imagenológico y, por lo tanto, debe ser concertada e informada claramente a cada paciente.

Para los pacientes que tienen dificultad para seguir el control adecuado o desean recibir tratamiento adyuvante, la quimioterapia con carboplatino se ha demostrado tan efectiva como la radioterapia, pero con menor toxicidad a corto plazo y menos riesgo de cáncer testicular contralateral durante el seguimiento^{10,11}. La supervivencia libre de recaída a 5 años es del 96% de los pacientes que reciben un ciclo de carboplatino, con un área bajo la curva (AUC) de 7¹¹.

Dos estudios prospectivos comparativos no aleatorizados han demostrado, en pacientes con mayor riesgo de recurrencia (tumor > 4 cm e invasión de *rete testis*), que dos dosis de carboplatino (AUC = 7 cada 21 días) mejoran la supervivencia libre de recaída respecto a la vigilancia acti-

va^{12,13}, y es una opción que considerar para estos pacientes. Igualmente, la invasión linfovascular incrementa de manera importante el riesgo de recurrencia⁷ y se podría considerar dentro de esta recomendación.

Estadio I (pT1-4, N0, M0, SX). Tumor de células germinales no seminomatoso

De manera similar al seminoma puro, en los tumores no seminomatosos, no existen estudios clínicos aleatorizados que comparen la adyuvancia con quimioterapia o linfadenectomía frente a vigilancia activa, y esta última es una opción válida basada en la excelente supervivencia específica de tumor de casi el 100% siempre que se garantice la adherencia¹⁴.

Basados en datos de un estudio prospectivo no aleatorizado, se recomienda que en pacientes con tumores que tengan invasión linfovascular, catalogados como de riesgo alto, se ofrezca tratamiento adyuvante con quimioterapia (protocolo BEP) más que vigilancia activa⁶, con una supervivencia libre de recaída estimada en el 100, el 96,5 y el 58,3% para dos ciclos de BEP, un ciclo o vigilancia activa respectivamente¹⁵.

El único ensayo clínico aleatorizado con pacientes de riesgo promedio ha demostrado superioridad de un ciclo de BEP frente a linfadenectomía retroperitoneal preservadora de nervio, con supervivencia libre de recaída a 2 años del 99 y el 91% (*hazard ratio* [HR] 7,937; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,808-34,48; p = 0,0011)¹⁶, y es la terapia recomendada en Europa⁶.

El uso de linfadenectomía puede recomendarse para pacientes que no deseen quimioterapia⁵, pero con la consideración de que hasta un 20% tendrá un ascenso en la estadificación y finalmente requerirá quimioterapia adyuvante¹⁷.

Estadio II (pT1-3/X, N1-3, M0, SX). Seminoma puro

La decisión de tratamiento adyuvante luego de la orquidectomía depende del tamaño de los ganglios linfáticos comprometidos en el retroperitoneo. Las recomendaciones de manejo, sin embargo, están basadas en evidencia débil, debido a que no existen estudios clínicos aleatorizados que comparen las diferentes opciones de tratamiento.

Estadio IIA (≤ 2 cm), IIB (> 2 y ≤ 5 cm)

La radioterapia se ha considerado el tratamiento de elección para este grupo de pacientes, con base en estudios prospectivos y retrospectivos no controlados que demuestran supervivencia libre de recaída a los 6 años del 95% para estadio IIA y el 89% para estadio IIB¹⁸⁻²¹.

El uso de quimioterapia de combinación BEP (3 ciclos) o EP (4 ciclos) como alternativa a la radioterapia ha mostrado excelentes resultados, con una supervivencia libre de recaída a los 5 años del 100% para estadio IIA y del 87% para estadio IIB, y una supervivencia total de los dos grupos del 95%²². Sin embargo, la monoterapia con carboplatino (AUC = 7) ha mostrado una respuesta subóptima y no se recomienda como opción de tratamiento²³.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4274871>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4274871>

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