



COMENTARIO EDITORIAL

Comentario a: "Experiencia con sunitinib en cáncer de próstata metastásico hormonorresistente sin respuesta a docetaxel"

J.C. Angulo

Servicio de Urología, Hospital Universitario de Getafe, I Getafe, Madrid, España

Accesible en línea el 5 de enero de 2011

Sutent®, sunitinib o SU11248 es una terapia dirigida y un inhibidor tirosina quinasa. Se emplea para el tratamiento del tumor del estroma gastrointestinal (GIST) y para el cáncer avanzado de células renales. Actualmente se están llevando a cabo 14 ensayos con cáncer de próstata y SU011248. De ellos tres han finalizado, pero sólo uno tiene resultados analizados y aún no publicados, 10 están en fase de reclutamiento y uno se encuentra activo, pero sin reclutar¹.

No cabe duda de que esta terapia es una de las promesas inmediatas en el cáncer de próstata y en particular en la enfermedad hormonorretractaria con taxotere fallido. Personalmente tengo cierta experiencia favorable con este tipo de pacientes e indicación, y también con sorafenib (nexavar® o BAY43-9006) e incluso con imatinib (Glivec o STI-571). No obstante, debemos admitir que un uso compasivo dista mucho de ser una experiencia digna de reproducirse en la práctica clínica rutinaria. De hecho, los ensayos clínicos con sunitinib en el cáncer de próstata no sólo están explorando la opción del cáncer refractario a taxotere (con o sin hidroxicloquina), sino que también están investigando la propia adyuvancia a taxotere y prednisona en pacientes hormonorretractarios, o incluso la indicación de sunitinib como mantenimiento en los pacientes con respuesta a taxotere. Por otro lado, también se está investigando su papel como tratamiento de inducción en pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo y/o avanzado que eligen cirugía.

Probablemente pronto estas terapias dejen de ser anecdota y se incorporen a la rutina asistencial de algunos

pacientes, pero de momento no debemos olvidar que sunitinib no está exento de riesgo. Por ello, toda experiencia similar a la que publican Gasent-Blesa et al debe someterse a los más estrictos criterios de ensayo clínico en aras a salvaguardar los derechos de los pacientes². En experiencias puntuales como este uso compasivo, que tienen carácter numérico digno porque juntan la experiencia personal de varios estupendos profesionales, tendemos a infraestimar la toxicidad del tratamiento. Muy probablemente el urólogo general no esté preparado para tratar fatiga, diarrea, náusea, hipertensión, ictericia, reacciones cutáneas y dermatitis (que suceden en más del 50% de estos pacientes y en torno al 10% de carácter muy serio), por no olvidar la posibilidad de hipotiroidismo, toxicidad cardíaca, embolismo pulmonar y ACV que esta medicación ha demostrado generar en otras indicaciones³.

Bibliografía

1. <http://clinicaltrials.gov> (consultado el 7 de octubre de 2010).
2. Gasent-Blesa JM, Grande Pulido E, Casinello J, Provincia Pulla M, Laforga Canales JB, Alberola Candel V. Experiencia con sunitinib en cáncer de próstata metastásico hormonorresistente sin respuesta a docetaxel. Actas Urol Esp. 2011;35:56–9.
3. Demetri GD, van Oosterom AT, Garrett CR, et al. Efficacy and safety of sunitinib in patients with advanced gastrointestinal stromal tumour after failure of imatinib: a randomised controlled trial. Lancet. 2006;368:1329–38.

Véase contenido relacionado en
DOI:10.1016/j.acuro.2010.09.001.
Correo electrónico: jangulo@futurnet.es