



Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/acuro



Editorial

Revisión crítica del uso de radioterapia como tratamiento inicial del cáncer de próstata localizado

Critical review of the use of radiotherapy as initial treatment of localized prostate cancer

En Medicina, en las raras ocasiones en que dos especialidades logran buenos resultados terapéuticos para una misma patología se genera un debate. Actualmente, oncólogos radioterápicos y urólogos estamos a la par en el tratamiento del paciente con cáncer de próstata localizado y nos enfrentamos a las mismas incertidumbres a la hora de informar al paciente sobre las ventajas e inconvenientes de las opciones terapéuticas existentes.

Es difícil establecer relaciones de superioridad entre tratamientos, cuando existe consenso sobre la falta de información¹ y aún se está estudiando un abanico de estrategias que contemplan, entre otras, la conducta expectante. Tampoco hay un consenso en cómo evaluar el control oncológico de los tratamientos. Sin embargo, existe un acuerdo común en que el objetivo primario de todo tratamiento oncológico es mejorar la supervivencia global y específica de tumor.

Una revisión sistemática¹ de 18 ensayos clínicos y 473 estudios observacionales sobre la efectividad de los tratamientos en el cáncer de próstata localizado pone de manifiesto que existe una falta de evidencia científica de calidad. De los 18 ensayos clínicos identificados en esta revisión (la mayoría comparan variaciones de un mismo tratamiento), destaca únicamente un ensayo clínico escandinavo² que comparó la prostatectomía radical con la opción más conservadora de «vigilancia activa».

Por otra parte, la revisión sistemática realizada por las agencias de evaluación de tecnología médica de Québec y Cataluña^{3,4} se centró en cuatro estudios comparativos que representan el nivel de evidencia científica más alto disponible, debido a la falta de ensayos clínicos aleatorizados. Únicamente dos de estos estudios^{5,6} evaluaban las tres opciones actuales de tratamiento (prostatectomía radical, braquiterapia prostática y radioterapia externa) y realizaban análisis estratificado por grupo de riesgo. En ambos estudios^{5,6}, la supervivencia libre de progresión bioquímica a los cinco años era superior al 80%, sin diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos de tratamiento para los pacientes de riesgo bajo.

En cuanto a los efectos secundarios y su impacto sobre la calidad de vida, no ha sido hasta muy recientemente que se han

publicado los primeros estudios longitudinales en pacientes con cáncer de próstata localizado con evaluación pretratamiento⁷⁻⁹. Los resultados de estos estudios coinciden en mostrar un patrón consistente de efectos secundarios: la prostatectomía radical es el tratamiento que produce mayor incontinencia urinaria y disfunción sexual, mientras que la radioterapia conformacional externa es el tratamiento que presenta efectos secundarios más importantes en la función intestinal. La afectación más destacable del tratamiento con braquiterapia son los síntomas urinarios irritativos-obstruivos. Los efectos secundarios de la braquiterapia sobre la función sexual presentan diferencias entre estudios, pero son claramente menores a los de la cirugía, con o sin preservación neural.

Respecto a las nuevas técnicas quirúrgicas, como la laparoscopia o la robótica, aunque teóricamente podrían llegar a disminuir los efectos secundarios asociados a la prostatectomía, los estudios publicados presentan limitaciones y los resultados no son consistentes. Una revisión sistemática sobre estudios de prostatectomía radical retropúbica, laparoscópica y robótica¹⁰ concluye que los resultados perioperatorios de la cirugía laparoscópica y robótica (transfusiones, tiempo con sondaje, días de hospitalización y complicaciones de la intervención) son más favorables. Sin embargo, en cuanto a resultados de continencia y potencia, esta revisión expone que la mayoría de los estudios publicados no utilizan cuestionarios estandarizados y validados.

La posibilidad de generar un cáncer radioinducido es pequeña. Los estudios al respecto ofrecen resultados contradictorios. Un estudio de Canadá recogió todos los casos de cáncer de próstata tratados en la Columbia Británica en el período 1984-2000, no encontrando diferencias entre los segundos tumores esperados y encontrados, independientemente de si se habían tratado con o sin radioterapia¹¹. Es bien conocido que la radioterapia es mucho más efectiva matando células tumorales que no generándolas. Los datos acerca de cáncer de próstata y segundos tumores no son concluyentes y no generan una base científica suficiente como para negar a alguien una opción de tratamiento curativa. En cualquier caso, es incuestionable la responsabilidad del oncólogo radioterápico para reducir este riesgo al mínimo, a expensas

de mejorar las técnicas de planificación y administración del tratamiento.

Oncólogos radioterápico y urólogos empleamos las guías que publican las respectivas sociedades nacionales e internacionales¹². Estas guías son elaboradas por comités de expertos reconocidos internacionalmente y se basan en la revisión de la literatura médica clasificada por niveles de evidencia. Son documentos extensamente discutidos y ampliamente consensuados por los líderes de las sociedades respectivas. Estas guías de práctica clínica¹² señalan que la prostatectomía radical, la radioterapia externa y la braquiterapia son los tres tratamientos más aceptados en el cáncer de próstata localizado, con las mencionadas incertidumbres sobre las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos. La única posibilidad de continuar avanzando para lograr conocer mejor los beneficios y efectos adversos de las diferentes opciones terapéuticas es la investigación. A falta de resultados de ensayos clínicos aleatorizados, como el proyecto inglés PROTECT¹³, establecer la superioridad de una modalidad terapéutica frente a otra en el tratamiento del cáncer de próstata localizado es un mero ejercicio especulativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilt TJ, MacDonald R, Rutks I, Shamliyan TA, Taylor BC, Kane RL. Systematic review: Comparative effectiveness and harms of treatments for clinically localized prostate cancer. *Ann Intern Med.* 2008;148:435-48.
2. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M, Haggman M, Andersson SO, Bratell S. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med.* 2005;352:1977-84.
3. Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETS). Brachithérapie and Prostate Cancer. 1-25. 2000. Québec: Les Publications du Québec. Disponible en: <http://www.msss.gouv.qc.ca/cets/>, CETS.
4. Oliva G. Braquiterapia en el Cáncer de Próstata. AATM, editor. 1-59. Barcelona: AATM; 2000.
5. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *JAMA.* 1998;280:969-74.
6. Stokes SH. Comparison of biochemical disease-free survival of patients with localized carcinoma of the prostate undergoing radical prostatectomy, transperineal ultrasound-guided radioactive seed implantation, or definitive external beam irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2000;47:129-36.
7. Sanda MG, Dunn RL, Michalski J, Sandler HM, Northouse L, Hembroff L, et al. Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *N Engl J Med.* 2008;358:1250-61.
8. Ferrer M, Suárez JF, Guedea F, Fernández P, Macías V, Marino A, et al. Health-related quality of life 2 years after treatment with radical prostatectomy, prostate brachytherapy, or external beam radiotherapy in patients with clinically localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2008;72:421-32.
9. Chen RC, Clark JA, Talcott JA. Individualizing quality-of-life outcomes reporting: How localized prostate cancer treatments affect patients with different levels of baseline urinary, bowel, and sexual function. *J Clin Oncol.* 2009;27:3916-22.
10. Ficarra V, Novara G, Artibani W, Cestari A, Galfano A, Graefen M, et al. Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: A systematic review and cumulative analysis of comparative studies. *Eur Urol.* 2009;55:1037-63.
11. Pickles T, Phillips N. The risk of second malignancy in men with prostate cancer treated with or without radiation in British Columbia, 1984-2000. *Radiother Oncol.* 2002;65:145-51.
12. Heidenreich M, Aus G, Bolla M, Joniau S, Matveev Mv, Schmid H, et al. EAU guidelines on prostate cancer. *Eur Urol.* 2008;53:68-80.
13. Donovan J, et al. Quality improvement report: Improving design and conduct of randomised trials by embedding them in qualitative research: ProtecT (prostate testing for cancer and treatment) study. Commentary: Presenting unbiased information to patients can be difficult. *BMJ.* 2002;325:766-70.

X. Maldonado

Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona, España

G. Sancho

Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

M. Ferrer

Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios, IMIM-Institut de Recerca Hospital del Mar, Barcelona, España; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España; Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

F. Guedea

Servicio de Oncología Radioterápica, Institut Català d'Oncologia, Hospitalet de Llobregat, Universidad de Barcelona, Barcelona, España
Correo electrónico: guedea@iconcologia.net

0210-4806/\$ - see front matter

© 2010 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.acuro.2010.04.001