

RECURRENCIA POST PROSTATECTOMÍA RADICAL

*Dra. Beatriz Cuendias Abreu
Hospital Hermanos Ameijeiras*

ELEMENTOS A CONSIDERAR

- Definición
- Tipo de recurrencia
- Investigaciones
- Manejo terapéutico

MOMENTO PARA REALIZAR EL APE

- Vida media: 3.15 días
- 7 días: < 1% del valor inicial
- 21 días: indetectable
- Seguimiento:
 - 1er año c/ 3 meses
 - 2-5 años c/ 6 meses
 - por vida 1 vez/ año

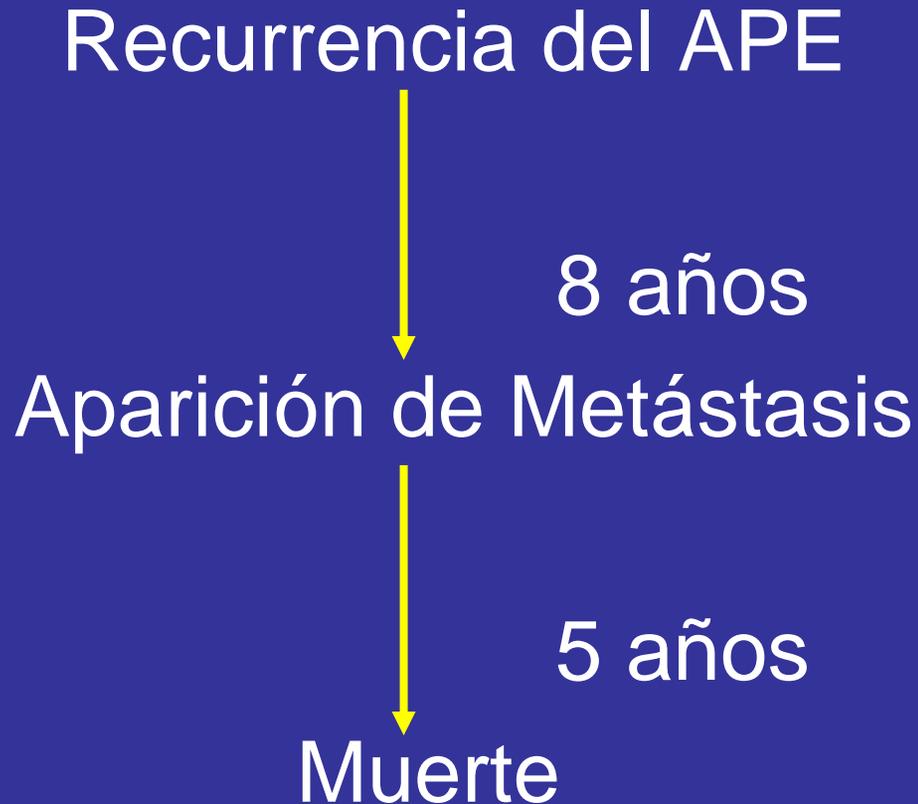
DEFINICIÓN

- Nadir: <0.01 ng/ml
- Valor normal esperado: $0.2 - 0.5$ ng/ml
- Recurrencia > 0.4 ng/ml (Amling et al)

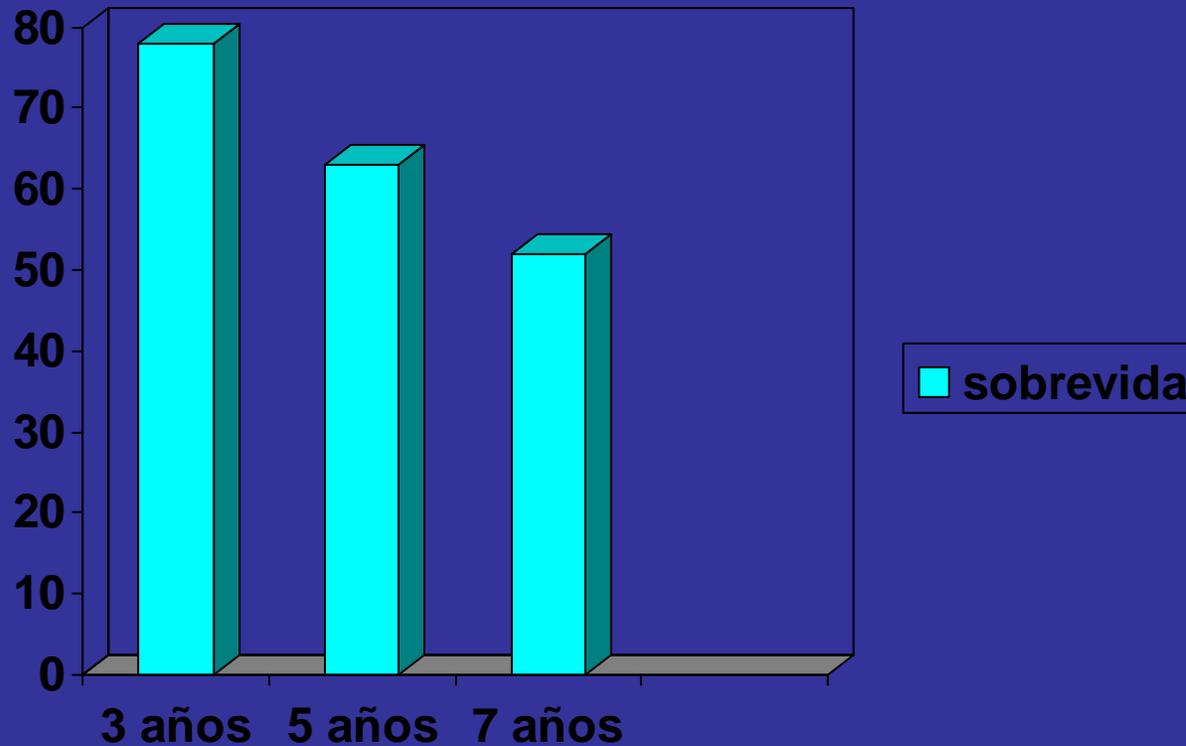
INCIDENCIA

- 27 – 53 % a los 10 años
- 35 % de ellos requiere tratamiento en los 5 años siguientes

HISTORIA NATURAL



SOBREVIDA LIBRE DE METÁSTASIS EN HOMBRES CON RECURRENCIA BIOQUÍMICA



PREDICTORES DE LA RECURRENCIA

- APE preoperatorio
- Gleason
- Extensión extracapsular
- Invasión de vesículas seminales
- Metástasis ganglionar

DETERMINACIÓN DEL SITIO DE RECORRENCIA (FACTORES)

- Duplicación del APE en el tiempo
- Velocidad del APE
- Tiempo hasta la recurrencia
- Gleason
- Metástasis ganglionar
- Infiltración de vesículas seminales

TIEMPO DE DUPLICACIÓN DEL APE

- La duplicación del APE en 3 meses implica un riesgo 20 veces mayor de morir por cáncer prostático.
- Es un predictor independiente de metástasis
- <6 meses: fallo sistémico
- >6 meses: fallo local

VELOCIDAD DEL APE

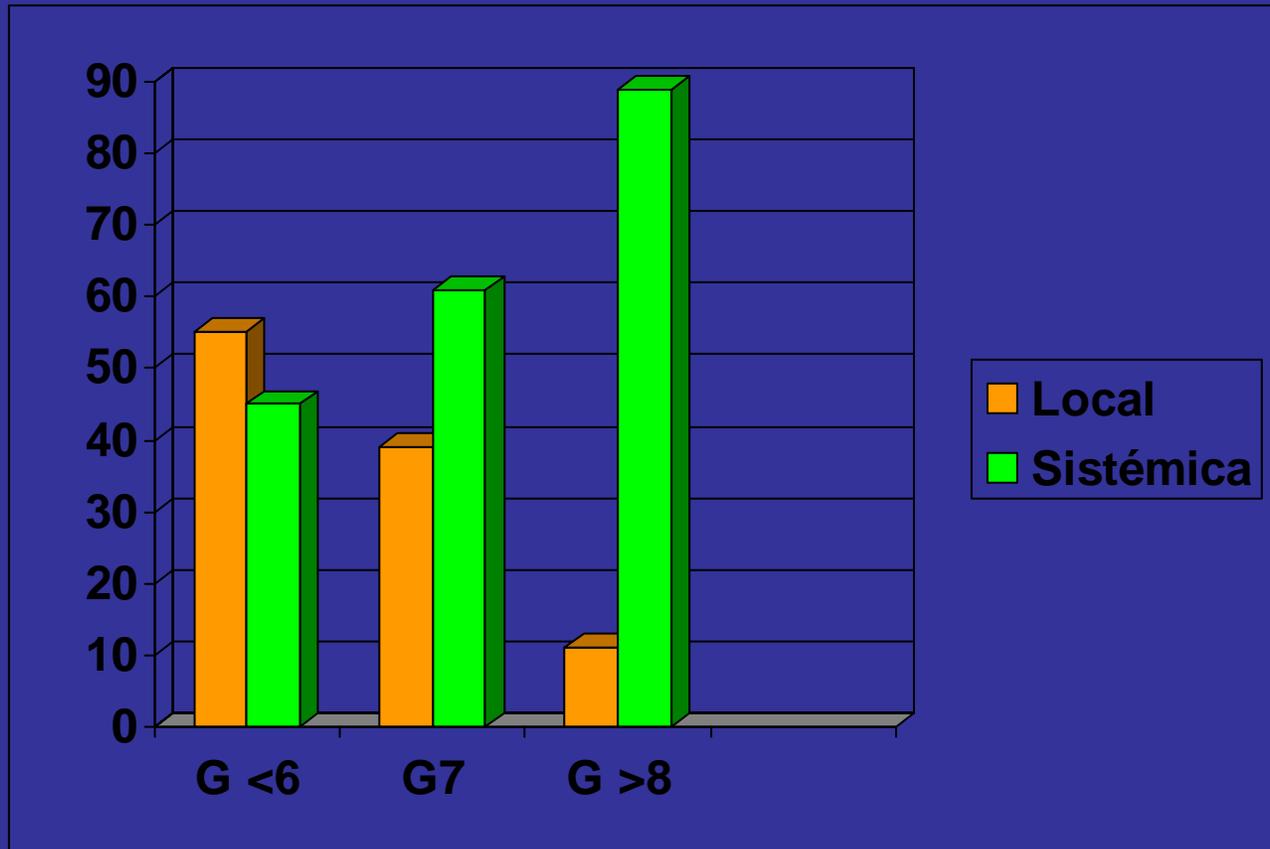
Incremento anual:

- < 0.75 ng /ml /año: fallo local
- > 0.75 ng /ml / año: fallo sistémico

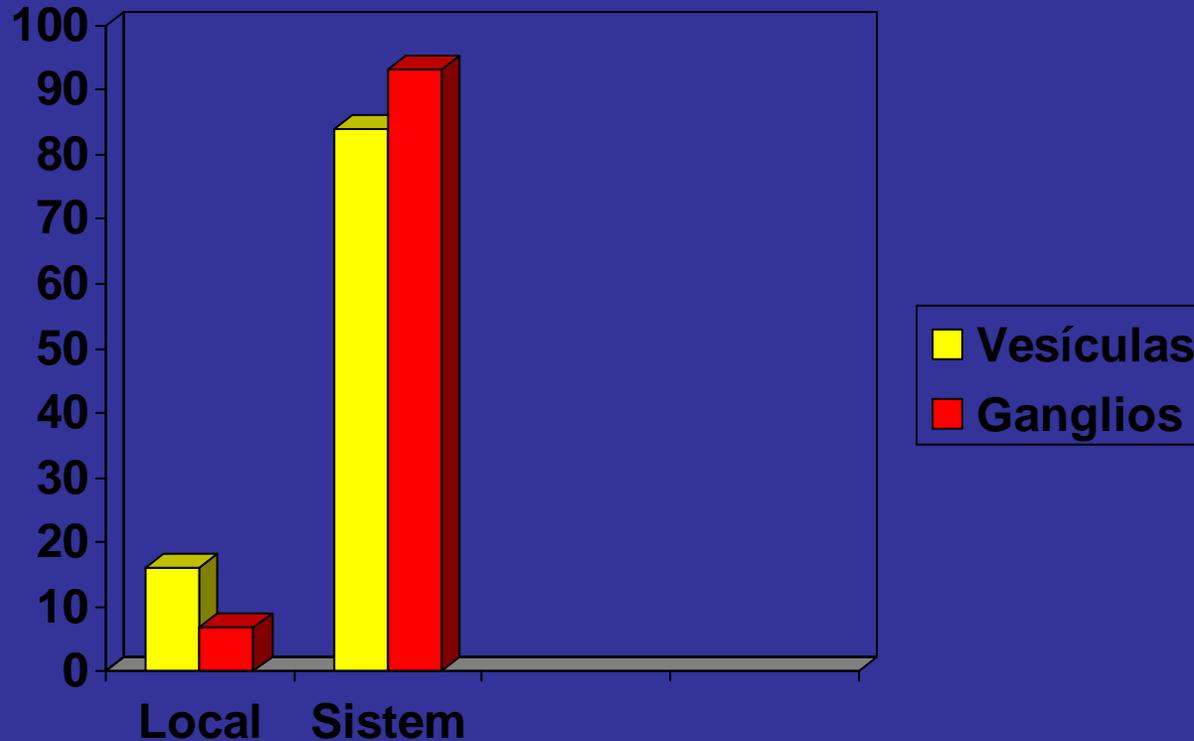
SITIO DE RECURRENCIA - TIEMPO

Tiempo	Local	Sistémica
1 año	7%	93%
1-2 años	10%	90%
2-3 años	61%	39%
Más de 3 años	74%	26%

SITIO DE RECURRENCIA- GRADACIÓN DE GLEASON



SITIO DE RECURRENCIA VESÍCULAS Y GANGLIOS



SITIO DE RECURRENCIA- VARIABLES

Variable	Local	Sistémica
Gleason	<7	>7
Duplicación APE	>6 meses	<6 meses
Velocidad APE	< 0.75 ng/ml	> 0.75 ng/ml
Tiempo de recurrencia	> 2 años	< 2 años
Invasión ganglios	no	si
Invasión vesículas	no	si

INVESTIGACIONES PARA RECURRENCIA

- Examen rectal digital
- Ultrasonido y biopsia
- Ganmagrafía ósea
- TAC y RMN
- Prostascint
- PET scan

EXAMEN RECTAL

- Debe ser realizado
- Utilidad diagnóstica limitada
- El contorno de la fosa prostática después de la prostatectomía radical es variable

ULTRASONIDO Y BIOPSIA

- Verdadero valor: desconocido
- Resultados falsos negativos
- Puede coexistir enfermedad sistémica
- No se recomienda su uso rutinario

GANMAGRAFÍA ÓSEA

Debe realizarse cuando:

- APE > 20 ng/ml
- Duplicación del APE en menos de 6 meses
- Pacientes sintomáticos

TAC Y RMN

- La TAC resulta poco productiva.
- RMN endorectal tiene utilidad limitada.
- La RMN puede utilizarse en casos de gammagrafía ósea dudosa para demostrar metástasis.

PROTASCINT

- Antígeno prostático específico de membrana (PSMA)
- Anticuerpo monoclonal para el PSMA
- Sensibilidad de 62 – 75%
- Se necesitan aún otros estudios

PET SCAN

- Emplea análogos de la glucosa radiomarcados
- Tiene valor limitado y está pendiente de estudios

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Dependen de:

- Tipo de recurrencia: local
sistémica
combinada
- Co morbilidad
- Calidad de vida
- Preferencia del paciente

VARIANTES DE TRATAMIENTO

- Conducta expectante
- Radioterapia de rescate
- Hormonoterapia

CONDUCTA EXPECTANTE

- Curso natural largo
- Reportes de empleo internacional:

Observación	54%
Hormonoterapia	31%
Radioterapia	13%
- Tratamiento hormonal diferido
- No posibilidad de radioterapia

RADIOTERAPIA

- Intento curativo
- Expectativa de vida > 10 años
- Debe realizarse si el APE es <1.5 ng/ml
- Respuesta inicial 60 – 90%
- Respuesta a los 5 años 10 – 45%
- Efectos adversos

DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA

Aspectos importantes:

- Momento de aplicación
- Tipo de droga
- Tipo de terapia
- Efectos adversos

BLOQUEO ANDROGÉNICO INTERMITENTE

- Retarda la hormonorresistencia
- Permite recuperar el nivel de testosterona
- Forma de empleo:

Análogo de 10 – 18 meses (Goserelina)

Niveles bajos de APE

Suspensión del tratamiento hasta la elevación del mismo (10 – 12 meses)

VENTAJAS DEL BAI

- Recuperación de la libido
- Mejoría del estado de ánimo
- Disminución de efectos colaterales
- Disminución de los costos

MONOTERAPIA – ANTIANDRÓGENO

- Permite el mantenimiento de la actividad sexual
- Produce ginecomastia
- Fármacos: Bicalutamida
Flutamida

BLOQUEO ANDROGÉNICO MÁXIMO

- Su papel en la recurrencia bioquímica solamente se desconoce
- No se emplea rutinariamente ante la elevación del APE
- Queda reservado para el fallo de la monoterapia

MOMENTO PARA LA TERAPIA

Temprana:

Cuando aparece la elevación del APE

Tardía:

Cuando aparecen síntomas o metástasis

TERAPIA TEMPRANA

- Historia natural larga
- Más pacientes asintomáticos
- Mayor costo
- Más riesgo de andrógeno-independencia
- No beneficios de supervivencia
- No ansiedad por parte del paciente
- Menos complicaciones de la enfermedad

EFECTOS COLATERALES

- Disminución de la líbido
- Osteoporosis y fracturas
- Depresión y deterioro cognitivo
- Anemia
- Ganancia de peso
- Sofocos

RESUMEN

Recurrencia del APE



Análisis de parámetros clínicos y patológicos



Investigaciones



Localización de la enfermedad

**TRATEMOS AL PACIENTE,
NO AL APE**