



II Jornada d'Atenció Compartida en Oncologia i Hematologia

Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra

Comité de Tumors de Pròstata

**B. Mellado (H. Clínic),
A. Gutierrez (H. Sagrat Cor),
B. Pedro (H. Plató) i
C. Baños (H. Clínic)**

Títol: Cas 1

- LCM 68 anys. Fumador d' 1 faria/d. Hipercolesterolemia, DM tipo II i HTA.
- Estudiat per PSA elevats:
 - Juny 2011: 3'7 ng/mL
 - Juliol 2012: 4'6 ng/mL / Tratatament amb Ciprofloxacino , 1m.
 - Octubre 2012: 3'8 ng/mL i R12%.
- Últim PSA Febrer 2012: 6'3 ng/mL i R1%. Sed N. TR: T1c. Próstata 30g x ECORVP.
- Bx de próstata Març 2012: ADK de próstata Gleason 6 (3+3) a 1/5, afectació de 15% mostra.

Valoració:

T1c N0 M0 – Estadii I. Baix risc.

Proposta de tractament

- Vigilancia activa.
- Prostatectomia radical.
- Braquiterapia.
- RDT radical 76-81Gy.

Títol : Cas 2

- JRR. 83 años.
- AP: HTA, m.CV (endarectomia art.iliaques bilateral), antiagregants crònics.
- Arrel de PSA elevat: 8 ng/mL . TR patològic: Lizq indurat, ben delimitat.
- Bx de pròstata: ADK de pròstata Gleason 6 (3+3) a LI amb afectació de 4/5.

Valoració:

T1c N0 M0 – Estadii I. Baix Risc.

Proposta de tractament

- Observació.
- Braquiterapia.
- RDT radical 76 Gy \pm BAC 3-6m.

Títol : Cas 3

- JR, 66 anys amb AP de bloqueig de branca. Ant. Familiars de germà amb N de pròstata
- MA: Control urològic des del 2000 per elevació del PSA 7.33 ng/mL (ràtio 0.10) amb biòpsia negativa. Des del 2000 al 2006 variacions del valor del PSA entre 7.3 i 11. 7 ng/mL. S'han realitzat 3 biòpsies més amb resultat negatiu. TR negatiu.
- Febrer 07 PSA de 11.2 ng/mL Ecografia : pròstata de 86 cc sense sospita de neoformació. Biòpsia (13 cilindres): ADC GLEASON 6 (3+3) EN UN 10% DE LA MOSTRA DEL LÒBUL DRET, NO INVASIÓ PERINEURAL NI AFECTACIÓ EXTRAPROSTÀTICA. Lòbul esquerre negatiu.
- No EE

Valoració:

T1c N0 M0 – Estadii IIa. Risc Intermig

Proposta de tractament

- BAC x 6 mesos (neoadjuvant, concomitant i adjuvant)
- +
 - RDT radical 76 – 81 Gy (pròstata)

Títol : Cas 4(I)

- FGT.83 anys. AP: Angor , trat.crònic amb antiagregants, CN Dret , prostatisme lleu.
- Visitat per 1er cop als 75 anys.
- PSA 4/1999: 5'1 ng/mL . TR T1c
- PSA 5/1999: 5'7 R 26% . ECORVP: P100g
- 7/2000: 5'8
- 2/2001: 5'6 R 25%
- 1/2002: 4'9 R 29%. ECORVP: P165g. Inicia tractament amb finasteride.
- 11/2002: 2'1
- 5/2003: 2'1
- 9/2004: 2'1. Edat 80 anys.
- 8/2005: 2'35. ECORVP: P70g
- 5/2006: 2'76.
- 9/2006: 5'14. R 6%. ECORVP: P141g
- 10/2006: 4'9. R 6%. TR T1c
- En Nov /2006 , a la edad de 83 años , se realiza bx de próstata 3+3.

AP: ADK de próstata Gleason 7 (3+4) en lóbulo derecho .

Títol : Cas 4(II)

- S' inicia BAC. Estudi d'extensió TAC abdomino-pèlvico i gammagrafia , negatius.
- De Gener a Març / 2007 es realitza RDT externa , 76 Gy. Sense toxicitat. Es suspen BAC al Junio/2007.
- Manté PSA indetectables fins avui (90 anys).

Valoració:

T2b N0 M0 – Estadii IIa.

Proposta de tractament

- Observació.
- Braquiterapia.
- RDT radical 76Gy.

Títol : Cas 5

- JMR 59 anys amb AP d'herniorràfia engonal esquerre, hemorroides i fractures vertebrals lumbar per accident laboral. Fumador 1p/dia
- MA: Oct 2012 nictúria, polaquiúria i disfunció erèctil. PSA 22.6 ng/mL. TR sospitos.
- Ecografia i biòpsia: ADC GLEASON 7 EN UN 20% DE LA MOSTRA DEL LÒBUL DRET I 70% DEL LÒBUL ESQUERRE.
- EE: Gammagrafia òssia: hipercaptació L1 i L2 post antecedent traumàtic, No imatges suggestives de M1. TC abdominal: adenopatia cadena ilíaca externa de 23 mm sospitosa i vesícula seminal dreta mal delimitada sospitosa d'afectació

Valoració:

T3b N1 M0 – Estadii IV.

Proposta de tractament

- BAC x 3 anys
+
- RDT radical 76 – 81 Gy (pèlvis, vesícules
seminals i pròstata)

Valoració:

T2a N0 M0 – Estadii IIb. Reacidiva BQ

Proposta de tractament

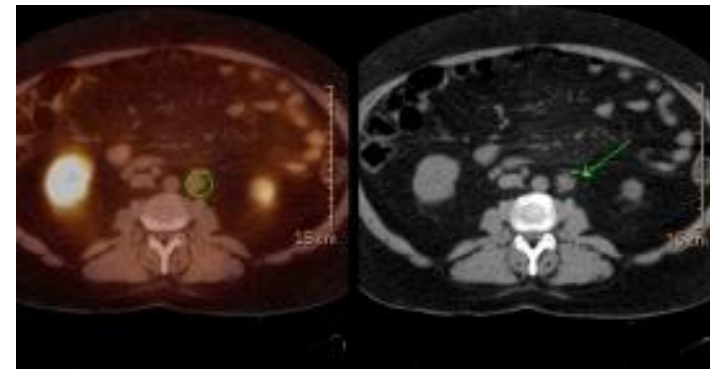
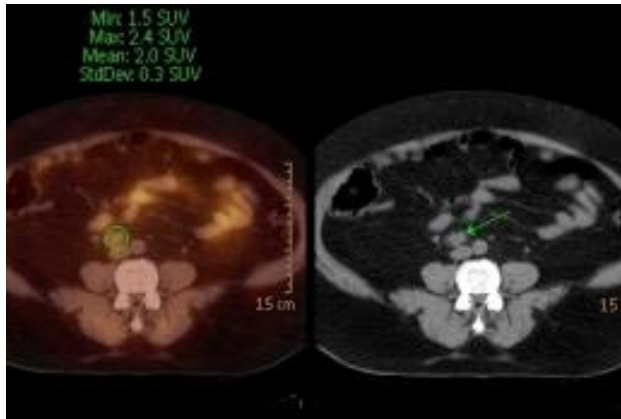
- RDT radical 64 – 66 Gy (lilit quirúrgic)
- Observació (negativa del pacient)

Títol : Cas 7

- JRV, 60 anys amb AP de brucel·losi, TBC, IQ varius i obesitat. No AF oncològics.
- MA: Febrer 08 PSA de 4.76 ng/mL (ratio 20). Juliol 08 PSA 15.67 ng/mL (ratio 12). TR sospitos. RM: neoformació lòbul prostàtic dret amb infiltració de la base de la vesícula seminal D, afectació extracapsular. Adenopaties sospitoses de 10 mm iliaca interna E i de 15 mm iliaca interna E. Biòpsia: ADC GLEASON 8 (4+4) EN UN 30% DE LA MOSTRA DEL LÒBUL D. LÒBUL ESQUERRE NEGATIU.
- EE negatiu. T3b N1 M0 – IV. tt BACx3a (últim anàleg juliol 11) i RDT radical 76 Gy.
- Gener 12 PSA 0.9 ng/mL. Juny 12 PSA 3.6 ng/mL.

Títol : Cas 7 - Zona part

- Juny 12 es repeteix PSA 4.0 ng/mL . EE: Gammagrafia òssia, TC tòrax i RM prostàtica amb espectroscòpia negatiu. Valorat com recaiguda bioquímica inicia BAC x 3
- Novembre 12 PSA 12.5 ng/mL. Nou PSA als 15 dies 15.6 ng/mL
- Desembre 12 PET amb colina: captació paraaortica esquerra (SUV 2.4) i per davant de la cava inferior (SUV 3.6) suggestives d'infiltració tumoral



Valoració:

Progressió a distància : M1 ganglionars

Proposta de tractament

- Tractament sistèmic

Títol : Cas 8

- JCC, 70 anys amb AP d'HTA, hiperuricèmia, IQ per abcés perianal i Diabetes M en tt ADO.
- MA: Nov 06 PSA 5.19 ng/mL (ratio 16). TR no sospitos. Ecografia: pròstata de 80 cc sense signes sospitosos. Biòpsia (7 cilindres) Lòbul dret. ADC Gleason 3+3 en un 5% de la mostra. Lòbul esquerre: ADC Gleason 4+3 en un 25% de la mostra. No invasió perineural ni afectació extraprostàtica.
- EE amb gammagrafia òssia i TC abdominal negatiu.
- Valoració: T1c N0 M0 – Risc intermig
- Pla: BAC x 6 (neoadjuvant- concomitant) + RDT 76 Gy sobre glàndula prostàtica.

Títol : Cas 8 - 2

- Controls posteriors amb PSA que varien entre 0.36 ng/mL (NADIR) i 1.1 ng/mL.
- Gener 12 PSA 0.7 ng/mL.
- Juny 12 PSA 1.4 ng/mL. Octubre 12 PSA 1.8 ng/mL. Gener 13 PSA 2.4 ng/mL.
- Valorat com recaiguda bioquímica es realitza EE amb gammagrafia òssia i TC abdominal negatiu.
- RM espectroscòpia: Pics de colina compatibles amb recaiguda local intraprostàtica
- Biòpsia positiva per ADC de pròstata

Valoració:

Recaiguda bioquímica (local) post RDT externa

Proposta de tractament

- IQ

VS

- Braquiteràpia de rescat
- Crioteràpia ???????

Caso 10. antecedentes

- Paciente de 74 años de edad
- No hábitos tóxicos ni AMC
- Antecedentes:
 - dislipemia
 - apendicectomía

Historia oncológica

diagnóstico

- Marzo 1998
consulta por aparición de mazacote adenopático laterocervical y SCVI de 3 meses de evolución
- EF: adenopatía SCVI de 5 cm, laterocervical I de 5 cm

Tacto Rectal: induración de zona apical de lóbulo prostático sugestiva de c. de próstata

Historia oncológica diagnóstica

- Analítica: normal, excepto PSA sérico: 800 ng/mL
 - PAAF de adenopatía SCVI. Citología: adenocarcinoma moderadamente diferenciado
 - ECO transrectal+biopsias: zona hipoecoico en ápex izquierdo y nódulo < 1cm en lóbulo derecho
- AP: adenocarcinoma, Gleason 8 (4+4) en L.I.
L.D: no malignidad

PACIENTE 1

DIAGNÓSTICO CP
ESTADIO IV

RESISTENCIA
A LA CASTRACIÓN

M1 OSEAS

Asintomático/mínimamente sintomático

1998
BAC

2004
Retirada AA

1/2005
DOC-EM

RP

2007
ketoconazol

RP

2009
DOC-PDN
Zometa

EE

2010 DES

EE

2011
CABAZITAXEL

RP

2012-presente
Abiraterona

RP

II Jornada d'Atenció Compartida en Oncologia i Hematologia
Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra

- Febrero 2013

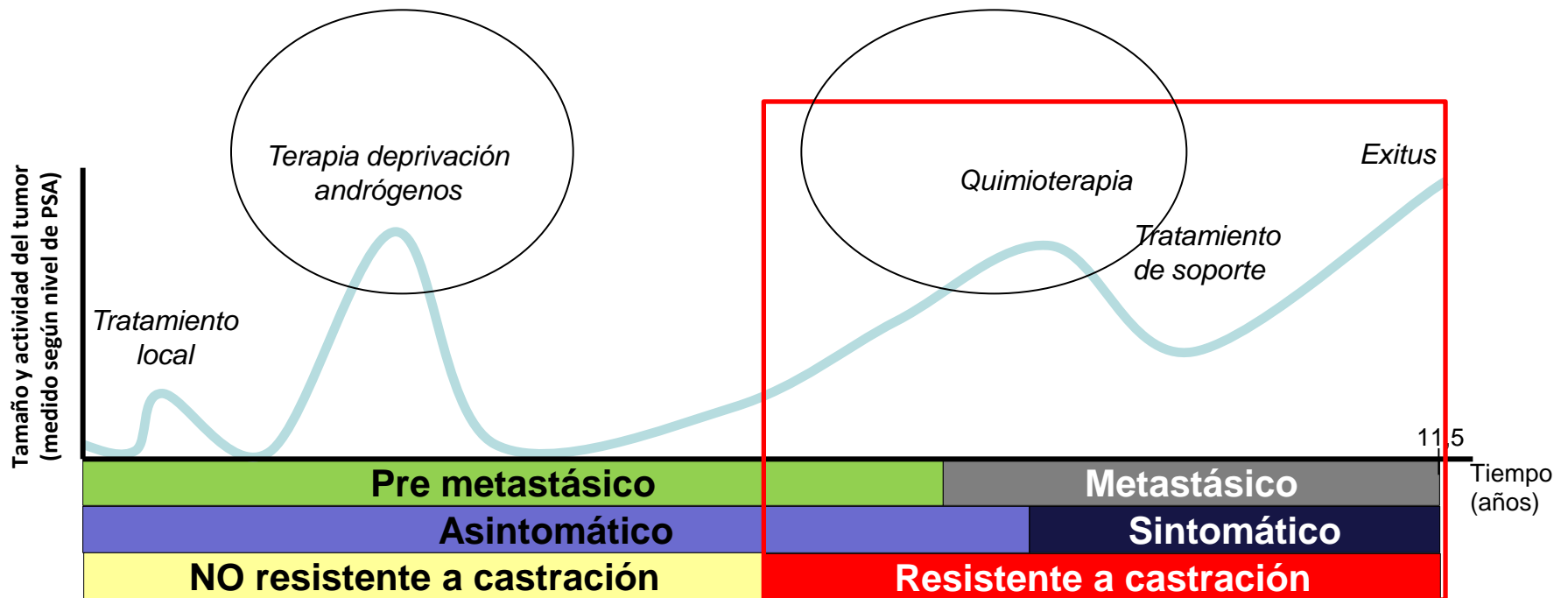
Acude a UCIAS por RAO que precisa colocación de sonda urinaria

TAC: Múltiples adenopatías ilíacas y retroperitoneales sin cambios respecto TAC previo

Aumento de tamaño de tumoración prostática con sospecha de infiltración vesical

P/ se presenta en comité para valorar RTU-desobstructiva el paciente continua en tto con acetato de abiraterona-prednisona

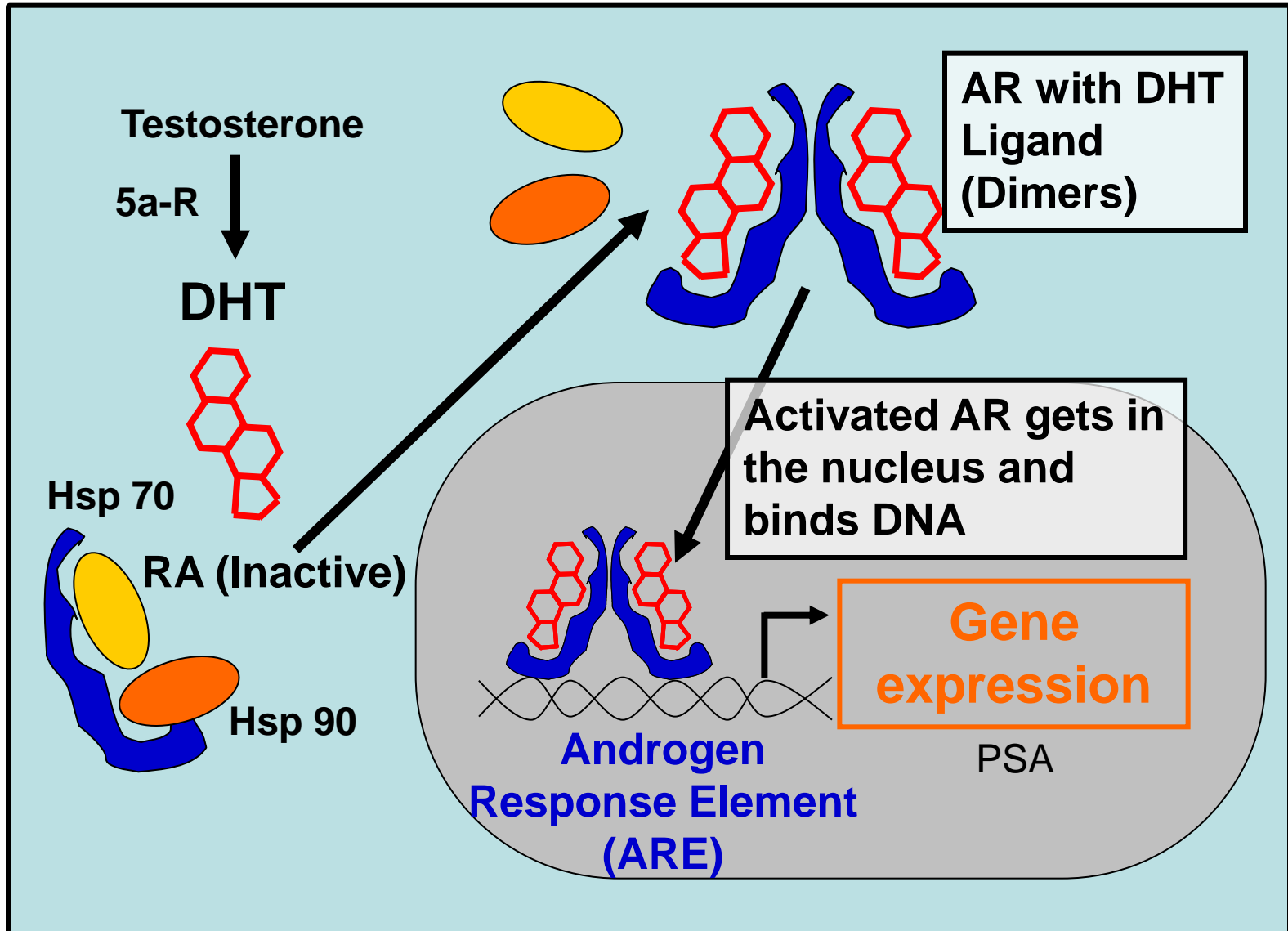
¿Cuál era el estándar de tratamiento sistémico del cáncer de próstata?



National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology: Prostate Cancer. Version 1. 2011.

II Jornada d'Atenció Compartida en Oncologia i Hematologia
Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra

Receptor androgénico



Nuevos tratamientos en cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con beneficio en supervivencia

- Immunoterapia: Sipuleucel T (USA)
- Quimioterapia: **Cabazitaxel***
- Radioisótopo: Alpharadin
- Hormonoterapia:
 - **acetato de abiraterona***
 - enzalutamida

* **Aprobados en España**