

LXXXVII Congreso Nacional de Urología

Sesión: Cáncer de próstata-tratamiento conservador 1
Sala: Sala Inca; Día: jueves 13; Hora: 16:30-18:00

P-323: Qué factores clínicos e histológicos de pacientes en vigilancia activa pueden predecir un paso a tratamiento radical

Díaz López, D.; Gonzalo Aparicio, D.; San Cayetano Talegón, S.; Simal Marcos, M.; Zabala Del Arco, J.; Santos Martín, A.; Rábade Ferreiro, A.; Loizaga Iriarte, A.; Lacasa Viscasillas, I.; Rey González, S.; Zubiaur Líbano, C.

Hospital Universitario Basurto

P-324: Análisis anatomopatológico tras prostatectomía radical en pacientes candidatos a vigilancia activa con los criterios actuales

Teja García, Gabriel; González Alfaro, Alejandro; Encina Galnares, Juan; Jiménez González, Paula; Escribano Sánchez, Claudia; Romero Martín, Pilar; García González, Jesús

Hospital Universitario de Móstoles

P-325: Vigilancia Activa como tratamiento de elección en el cáncer de próstata ISUP I: A propósito del ensayo ProtecT

García Fuentes, C.; Hernández Cañas, V.; De La Peña Zarzuelo, E.; Guijarro Cascales, A.; Quintana Arencibia, L.; Pérez Fernández, E.; Llorente Abarca, C.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

P-326: Nuestra serie de vigilancia activa en cáncer de próstata. ¿Qué hemos cambiado?

Coello González, A; Rodríguez García, N; Pérez Polo, M; Seco Frías, J; Cruz Mir, A; Rubio Ballesteros, F; Bestard Vallejo, J; Fiorella Sarubbo, M*; Gutiérrez Sanz-Gadea, C

*Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca *Unidad de Investigación. Hospital Universitario Son Llàtzer.*

P-327: Vigilancia activa en el cáncer de próstata con riesgo intermedio favorable: ¿es segura y podemos predecir el riesgo de progresión de la enfermedad?

Puig Ortuño L; Picola Brau N; Ferrando V; Elias Cañavera X; Castells Esteve M; Suárez Novo Jf; Vigués Julià F

Hospital Universitario de Bellvitge

P-328: Comportamiento del Cáncer de Próstata como hallazgo incidental tras la enucleación Prostática con láser Holmium

González Bodenlle, Carmen; Fernández-Pello Montes, Sergio; Rodríguez Villamil, Luis; Martín Gómez, Lidia; Zamora Voorn, Patricia; Díaz Méndez, Begoña

Hospital Universitario de Cabueñes

P-329: ¿Podemos mejorar la selección de pacientes con Cáncer de Próstata candidatos a vigilancia activa?

Coello González, A; Rodríguez García, N; Pérez Polo, M; Seco Frías, J; Cruz Mir, A; Rubio Ballesteros, F; Bestard Vallejo, J; Fiorella Sarubbo, M*; Gutiérrez Sanz-Gadea, C
*Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca *Unidad de Investigación. Hospital Universitario Son Llàtzer.*

P-330: Realidad de las lesiones pirads 3 en vigilancia activa en el Cáncer de Próstata

García Morales, L.; Chamorro Castillo, L.; García Manrique, C.; Ruiz López, D.; Carrasco Valiente, J.; Campos Hernández, JP.; Gómez Gómez, E.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

P-331: Análisis de pacientes en protocolo de vigilancia activa del huis de riesgo intermedio favorable de bajo volumen

Hevia Feliu, A.; Bolufer Moragues, E.; Castro Fajardo, A.; Sánchez Molina, S.; Gómez González, B.; Rubia Escribano, A.; Fernández Martínez, B.; Mateo Martínez, E.; González-Valcárcel De Torres, I.; De La Morena Gallego, J.M.
Hospital Universitario Infanta Sofía

P-332: Análisis del protocolo de vigilancia activa para el cáncer de próstata en el Hospital Universitario de Móstoles

Teja García, Gabriel; González Alfaro, Alejandro; Encina Galnares, Juan; Jiménez González, Paula; Escribano Sánchez, Claudia; Romero Martín, Pilar; García González, Jesús
Hospital Universitario de Móstoles

Qué factores clínicos e histológicos de pacientes en vigilancia activa pueden predecir un paso a tratamiento radical

Díaz López, D.; Gonzalo Aparicio, D.; San Cayetano Talegón, S.; Simal Marcos, M.; Zabala Del Arco, J.; Santos Martín, A.; Rábade Ferreiro, A.; Loizaga Iriarte, A.; Lacasa Viscasillas, I.; Rey González, S.; Zubiaur Libano, C.

Hospital Universitario Basurto

Título

Qué factores clínicos e histológicos de pacientes en vigilancia activa pueden predecir un paso a tratamiento radical

Introducción

La vigilancia activa (VA) se considera una indicación en cáncer de próstata (CaP) localizado de riesgo bajo e intermedio; para evitar sobretratamiento y retrasar los efectos de los tratamientos radicales. Nuestro objetivo es determinar si algún factor clínico o histológico puede precedir la salida del protocolo de VA.

Material y métodos

Estudio retrospectivo en Hospital Universitario Basurto de 2008 a 2023. Criterios de inclusión fueron ISUP1 o ISUP2 (<10% G4), ≤ 2 cilindros positivos, $\leq cT2a$, PSA <10 y esperanza de vida >10 años (Charlson).

Los criterios para salida fueron: progresión histológica (Gleason o nº de cilindros) o local (estadio clínico o T por RMN); también ansiedad o síntomas del paciente (MP).

Se utilizó el test de Chi-cuadrado (variables cualitativas) y la prueba de U Mann-Whitney (variables cuantitativas) para estudiar si la progresión y por tanto cambio a tratamiento radical se asociaba a alguna variable clínica o histológica previa.

Resultados

n=158, con mediana de seguimiento de 49 meses y 29 meses de duración en VA. Mediana de edad 69 años, de PSA 5.5, PSA_d 0.11, volumen prostático (cc) 52; de los cuales 86.7% eran cT1 y 13.3 cT2; 57% 1cil y 38% 2cil; 99.4% ISUP1 y 0.6% (1) ISUP2; se realizó RMN en 44.3% y eran PIRADS: 2 el 12%, 3 el 6.3%, 4 el 20.3% y 5 el 5.7%.

Salieron de VA 76 (48.1%), a razón de progresión patológica 48 (30.4%), local 5 (3.2%). El resto por decisión-MP, fallecimiento (ninguno por CaP) y pérdidas de seguimiento (estos se excluyen del análisis estadístico).

Se analizó la relación entre las variables: PSA, PSA_d, vol, estadio clínico, nº cilindros, ISUP, PIRADS. Saliendo estadísticamente significativo (p 0,018) que la presencia de 2 cilindros positivos en la biopsia se relaciona con salida de VA por progresión.

Conclusiones

La VA es una opción válida para CaP de bajo e intermedio riesgo.

El número de cilindros positivos en la biopsia se relaciona con una mayor tasa de salida del protocolo de VA y paso a tratamiento radical; pudiendo ser una característica clínica a tener en cuenta de cara a seguimiento individualizado.

Próstata, Vigilancia Activa, nº cilindros

Vigilancia Activa como tratamiento de elección en el cáncer de próstata ISUP I: A propósito del ensayo ProtecT

García Fuentes, C.; Hernández Cañas, V.; De La Peña Zarzuelo, E.; Guijarro Cascales, A.; Quintana Arencibia, L.; Pérez Fernández, E.; Llorente Abarca, C.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Introducción

Las ventajas de la vigilancia activa(VA) en el cáncer de próstata(CP) de bajo riesgo son ampliamente conocidas. Recientemente se han publicado los resultados a 15 años del ensayo ProtecT con resultados oncológicos en su programa de monitorización activa comparado con la prostatectomía radical(PR) o la radioterapia(RDT). Nuestro objetivo es analizar la supervivencia de los pacientes con CP ISUP I en función del tratamiento recibido y evaluar las diferencias entre la VA y el protocolo de seguimiento del ensayo ProtecT.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes con CP ISUP I incluidos en nuestra base de datos tratados mediante VA, PR o RDT, realizando un análisis comparativo por intención de tratar de la supervivencia. Nuestro protocolo de VA incluye biopsias rutinarias cada 2-3 años a todos los pacientes. Partiendo de esto, los pacientes incluidos en VA fueron divididos en 2 grupos en función de si cumplían o no los criterios de rebiopsia del ProtecT.

Resultados

De un total de 2865 pacientes, 981 cumplían los criterios de selección con una mediana de seguimiento de 7,7 años: 448(45,7%) en VA, 399(40,7%) en PR y 134(13,7%) en RDT. La media de edad al diagnóstico fue de 66,9, 63,2 y 69,2 años respectivamente. Los grupos de VA y PR fueron comparables en todas las variables. El grupo de RDT presentó peor pronóstico clínico en PSA y estadio con diferencias significativas. Las diferencias en supervivencia a 15 años se exponen en la siguiente tabla:

Supervivencia	VA	PR	RDT	p
Global	81%	79%	50%	0,003
Cáncer específica	81%	80%	52%	0,003
Libre de recidiva bioquímica	88%*	68%	70%	<0,001
Libre de progresión a metástasis	100%	90%	89%	0,002

* Tras haber recibido tratamiento con intención curativa.

De los 448 pacientes incluidos en VA, 100 cumplieron algún criterio del ensayo ProtecT para rebiopsia. De los 348 pacientes restantes, 138(39,6%) acabaron recibiendo tratamiento activo por progresión en el Gleason, número de cilindros o ambos en la mayoría de los casos(94,4%).

Conclusiones

La VA ha demostrado ser el tratamiento de elección para el CP de bajo riesgo, con resultados oncológicos equiparables al resto de tratamientos y manteniendo una mejor calidad de vida.

Nuestra serie de vigilancia activa en cáncer de próstata. ¿Qué hemos cambiado?

Coello González, A; Rodríguez García, N; Pérez Polo, M; Seco Frías, J; Cruz Mir, A; Rubio Ballesteros, F; Bestard Vallejo, J; Fiorella Sarubbo, M*; Gutiérrez Sanz-Gadea, C

*Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca *Unidad de Investigación. Hospital Universitario Son Llàtzer.*

INTRODUCCIÓN

La vigilancia activa (VA) es una estrategia segura frente al cáncer de próstata de bajo riesgo. Analizamos la evolución de nuestra serie de VA comparando 2 periodos de inclusión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen pacientes en VA del período 2015-2023 que cumplen con: <80 años, PSA≤10ng/ml, ≤3 cilindros positivos, Gleason 6 ó 3+4 en 1 cilindro en <70 años, afectación máxima de 5mm/cilindro y biopsia confirmatoria (BC) antes del año. La interrupción de VA fue por aumento en grado o cilindros.

Se realizan curvas Kaplan-Meier para la permanencia en VA (pVA) y para reclasificación (RC) en BC para cada periodo.

Analizamos si existen diferencias en edad, PSA, DPSA (U Mann-Whitney), nº cilindros y Gleason al diagnóstico (Chi2) entre los periodos 2015-2018 (P1) y 2019-2023 (P2). Describimos también, posibles cambios en la adherencia al protocolo y la proporción de cáncer de próstata insignificante (Capi) según criterios de Epstein (Gleason 6, ≤pT2c y <0,5 cc) en la pieza de prostatectomía radical, para detectar posibles sobretratamientos.

RESULTADOS

En 260 pacientes (41,9% en P1 y 58,1% en P2) sujetos a análisis, con una mediana de seguimiento de 44,4 ± 32 meses, la pVA global fue del 62%: 52% en P1 y 69,5% en P2, sin diferencias estadísticamente significativas.

La edad, PSA y DPSA se distribuyeron de forma similar entre periodos sin diferencias estadísticas. En P2 se reclutaron más pacientes con ≥2 cilindros afectos (48,3% vs 29,2%;p=0,02) y Gleason 3+4 focal (9,3% vs 1,9%;p=0,016). La pVA tras BC fue de 11 en P1 vs 16 meses en P2 (p<0,001). 68 pacientes (28%) sufrieron RC: 31,3% P1 (75,7% en cilindros y 24,3% en grado) y 26,1% en P2 (25,7% en cilindros y 74,3% en grado).

La adherencia al protocolo de VA (73% vs 90%) muestra una tendencia favorable y disminuye la presencia de Capi (80% vs 20%) en la pieza en el segundo periodo.

CONCLUSIÓN

Nuestra serie de VA evoluciona en P2 hacia una inclusión de pacientes con un perfil de mayor riesgo (en volumen y grado) de forma controlada, sin impacto en la pVA y con una disminución de la tasa de sobretratamiento.

Vigilancia activa en el cáncer de próstata con riesgo intermedio favorable: ¿es segura y podemos predecir el riesgo de progresión de la enfermedad?

Puig Ortuño L; Picola Brau N; Ferrando V; Elias Cañavera X; Castells Esteve M; Suárez Novo Jf; Vigués Julià F
Hospital Universitario de Bellvitge

INTRODUCCIÓN

La vigilancia activa (VA) es una opción para el manejo de pacientes seleccionados con cáncer de próstata de riesgo intermedio (CPRI) favorable. No obstante, aún faltan datos que apoyen su seguridad y predigan el riesgo de progresión.

El objetivo de este estudio es presentar los resultados oncológicos en supervivencia libre de tratamiento y cáncer específica, y describir factores de predicción de progresión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo unicéntrico desde 2008 hasta 2020, incluyendo en VA 90 pacientes con CPRI favorable, con seguimiento medio de 50 meses (8-144). Los criterios de inclusión fueron: ISUP 2, bajo número de biopsias positivas, $\leq 40\%$ patrón 4, estadiaje $\leq T2b$ y PSA < 20 ng/mL.

Definimos progresión como aumento en la clasificación ISUP, estadio clínico de la RM y/o necesidad de tratamiento.

RESULTADOS

36(40%) progresaron con una edad media de 69 años: 20(55.5%) a CPRI desfavorable y 7(19.4%) a CP alto riesgo. De éstos, 32 se diagnosticaron por biopsias sistemáticas, de los cuales 9(28%) progresaron histológicamente al realizarse biopsia de confirmación por fusión. 5(7,5%) cambiaron a observación, 26(26,7%) radioterapia y 5(5,5%) prostatectomía radical. No se reportó ninguna enfermedad sistémica ni muerte secundaria al CP.

La mediana de cilindros afectados en pacientes sin progresión fue de 3,6 con 17,7% de patrón 4 versus 3,1 cilindros y 17,3% patrón 4 en el grupo de progresión. La progresión de la enfermedad no se asoció ni a la densidad basal del PSA (corte 0,15 ng/mL/cc, X2, n=81, p=0,89) ni al tamaño de la lesión por RM (corte 1cm, X2, n=45, p=0,5). La mediana de supervivencia libre progresión fue de 108 meses.

CONCLUSIONES

La VA es una opción factible y segura para pacientes seleccionados con CPRI favorable, considerando para su inclusión realizar una biopsia de próstata por fusión para una mayor precisión diagnóstica. La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 108 meses en nuestra serie, requiriendo un 32,2% tratamiento posterior.

Comportamiento del Cáncer de Próstata como hallazgo incidental tras la enucleación Prostática con láser Holmium

González Bodenlle, Carmen; Fernández-Pello Montes, Sergio; Rodríguez Villamil, Luis; Martín Gómez, Lidia; Zamora Voorn, Patricia; Díaz Méndez, Begoña
Hospital Universitario de Cabueñes

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP) es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva para el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) asociados a la hiperplasia benigna de próstata (HBP). La prevalencia de esta patología aumenta con la edad, al igual que la prevalencia del cáncer de próstata, por lo que no es infrecuente el diagnóstico de cáncer de próstata en la muestra de anatomía patológica como hallazgo incidental tras esta cirugía. Nuestro objetivo es evaluar el comportamiento y el seguimiento de aquellos pacientes diagnosticados con adenocarcinoma prostático tras enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron los datos de todos aquellos pacientes intervenidos de HoLEP con diagnóstico histológico de cáncer de próstata entre los años 2012 y 2021 en nuestro centro. Se analizó la edad al diagnóstico, tipo histopatológico, estadio, antígeno prostático específico (PSA) prequirúrgico y postquirúrgico, la caída de PSA, así como actitud terapéutica ante el diagnóstico, seguimiento y necesidad de futuros tratamientos.

Se analizó si la edad > 70 años y un PSA preoperatorio >4 tenían relación con el diagnóstico de cáncer.

RESULTADOS

Sobre una total de 738 paciente intervenidos, 75 presentaron cáncer de próstata (10.16 % del total). La edad media fue 75 años y el subtipo histológico fue adenocarcinoma acinar en el 98.5% de los casos. El PSA preoperatorio fue 5.85 ng/ml y el PSA postoperatorio 5.82 ng/ml. El estadio fue pT1a en 77,6 % y pT1b en 22.4 %, siendo ISUP-1 77.5 %, ISUP-2 15.5 %, ISUP 3 2.8 %, ISUP-4 1.4 % e ISUP-5 1.4 %. La actitud terapéutica decidida tras el hallazgo fue la vigilancia en 91.9 % de los pacientes, precisando sucesivos tratamientos el 7.7 % de los pacientes (cirugía 1, radioterapia 1, tratamientos sistémicos 5).

No se observó diferencia estadísticamente significativa en la caída de PSA a pesar de la importante diferencia entre las medias de ambos grupos, debido a que hay mucha dispersión de los datos en esta variable.

En el análisis multivariante, la edad >70 años y el PSA preoperatorio >4 presentaron relación estadísticamente significativa con cáncer ($p < 0.001$ y $p < 0.007$).

CONCLUSIONES

El hallazgo incidental de cáncer de próstata en el análisis histopatológico fue clínicamente no significativo en la mayor parte de los casos, precisando un tratamiento activo en muy pocos casos. La opción inicial más elegida fue la vigilancia, valorando futuros tratamientos activos en función de la edad, histología, progresión de PSA y opinión del paciente.

¿Podemos mejorar la selección de pacientes con Cáncer de Próstata candidatos a vigilancia activa?

Coello González, A; Rodríguez García, N; Pérez Polo, M; Seco Frías, J; Cruz Mir, A; Rubio Ballesteros, F; Bestard Vallejo, J; Fiorella Sarubbo, M*; Gutiérrez Sanz-Gadea, C

*Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca *Unidad de Investigación. Hospital Universitario Son Llàtzer.*

INTRODUCCIÓN

La vigilancia activa (VA) trata de evitar el sobretratamiento del cáncer de próstata (Cap) de bajo riesgo. Buscamos identificar parámetros clínicos y analíticos al diagnóstico predictores de permanencia en VA (pVA), en aras de una mejor selección de aquellos pacientes candidatos a esta estrategia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Incluimos pacientes en VA (2015-2023) que cumplen con: <80 años, PSA \leq 10ng/mL, \leq 3 cilindros afectados, Gleason 6 o 3+4 en 1 cilindro en <70 años, afectación máxima de 5mm/cilindro y biopsia confirmatoria (BC) antes del año. Los criterios para interrumpir VA fue progresión en grado o en volumen de cilindros (considerándose estadísticamente significativa una $p < 0,05$).

Se realizan curvas Kaplan-Meier para la permanencia en VA (pVA) y se analiza el valor de las siguientes variables como factores de predictores de pVA:

- Edad, el PSA, la DPSA, la longitud total tumoral (LTT), ratio neutrófilos/linfocitos (N/L) al diagnóstico (U Mann-Whitney).

- Presencia de lesiones sospechosas en la resonancia magnética multiparamétrica (RMNmp), biopsias previas negativas (BPN) y la afectación de \geq 2 cilindros afectados al diagnóstico (Chi 2).

RESULTADOS

De 260 pacientes en VA se excluyeron aquellos sin BC y los que abandonaron VA por motivos distintos a progresión, realizándose el análisis sobre 212 casos. Con una mediana de seguimiento de 33 ± 8 meses, la probabilidad de permanecer en VA fue del 50%.

De las variables analizadas en el modelo multivariante, las que se asociaron a mayor pVA de forma significativa fueron: menor DPSA ($p=0,006$), LTT en la biopsia diagnóstica ($p < 0,04$) y la ausencia de lesiones PIRAD \geq 3 en RMNmp ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

Seguimos observando que una menor LTT, menor DPSA y una RMNmp sin lesiones sospechosas al diagnóstico, se perfilan como factores predictores iniciales de pVA. Sorprendentemente, con un mayor seguimiento de nuestra serie, se diluye el efecto protector de BPN. Siguen siendo necesarios estudios para identificar posibles factores clínico-analíticos al diagnóstico, que nos ayuden a seleccionar mejor a los pacientes candidatos de VA.

Realidad de las lesiones pirads 3 en vigilancia activa en el Cáncer de Próstata

García Morales, L.; Chamorro Castillo, L.; García Manrique, C.; Ruiz López, D.; Carrasco Valiente, J.; Campos Hernández, JP.; Gómez Gómez, E.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Introducción

El uso de la RMN en los protocolos de vigilancia activa (VA) está conllevando cambios en ellos. El grado PIRADS 3 es el más ambiguo, por ello es preciso profundizar en su estudio para delimitar la estratificación de riesgo de padecer cáncer de próstata significativo (CaPs).

Objetivo

Analizar la relación entre los grados PIRADS de la RMN y la biopsia posterior, en biopsias de confirmación y de seguimiento, y evaluar el periodo libre de progresión estratificado según los hallazgos en la RMN basal y seguimiento.

Material y métodos

Analizamos una cohorte retrospectiva de pacientes incluidos en VA en el HURS entre 2011 y 2020. Realizamos tablas cruzadas diferenciando CaPs/CaP no significativo (CaPns) en función de la clasificación PIRADS (según RMN basal y de seguimiento) y analizamos el periodo libre de progresión, definido como inicio de tratamiento activo, estratificado según el valor de PIRADS en RMN.

Resultados

Obtuvimos una cohorte de 229 pacientes. 148 pacientes con RMN previa a biopsia de confirmación y 169 con posteriores RMN y biopsias durante el seguimiento. El seguimiento fue de 49.68 meses de media.

De los 21 pacientes con lesiones PIRADS 3 en RMN basal, 3 fueron CPs y 18 CaPns ($p < 0,001$). Durante el seguimiento, el 100% de los casos con lesiones PIRADS 3 (21 pacientes) fueron CaPns ($p < 0,001$), similar a lo observado en pacientes con lesiones PIRADS 2, donde fueron CaPns el 91,8% de los casos.

Finalmente, en el análisis de supervivencia obtuvimos que el 50% de los pacientes con lesiones PIRADS 2 y 3 pasaron a tratamiento activo con una mediana de 60,4 y 63,2 meses respectivamente, disminuyendo este tiempo hasta en 36,7 y 33 meses para aquellos con PIRADS 4 y 5.

Conclusión

Los pacientes incluidos en protocolos de VA con lesiones PIRADS 3 podrían distanciar las biopsias durante el seguimiento ya que el porcentaje de CaPs en éstos fue similar a los pacientes con lesiones catalogadas como PIRADS 2. Sin embargo, más estudios son necesarios, con el fin de protocolizar de manera adecuada el uso de RMN dentro de la VA.

Palabras Claves: Vigilancia activa (VA), resonancia magnética nuclear (RMN), PIRADS 3

Análisis de pacientes en protocolo de vigilancia activa del hui de riesgo intermedio favorable de bajo volumen

Hevia Feliu, A.; Bolufer Moragues, E.; Castro Fajardo, A.; Sánchez Molina, S.; Gómez González, B.; Rubia Escribano, A.; Fernández Martínez, B.; Mateo Martínez, E.; González-Valcárcel De Torres, I.; De La Morena Gallego, J.M.

Hospital Universitario Infanta Sofía

INTRODUCCIÓN.

La vigilancia activa tiene como objetivo evitar tratamientos innecesarios, en hombres con Cáncer Prostático clínicamente localizado y una esperanza de vida de 10 años o más.

Las últimas recomendaciones de la EAU refieren que la vigilancia activa (VA) se puede considerar en pacientes con ISUP 2 de bajo volumen (definido como <3 núcleos positivos y <50% de afectación del núcleo y menos de un 10% de patrón 4).

OBJETIVO

Analizar los pacientes que han participado en protocolo de VA de riesgo intermedio favorable (RIF) en HUIS y confirmar si con los nuevos criterios hubieran permanecido o no dentro del protocolo de VA.

MATERIAL Y METODOS.

Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a protocolo de VA en el HUIS desde el año 2009 hasta 2023. Hasta 2019 los motivos de interrupción fueron aumento en grado (ISUP2 o más) o en cilindros en biopsia confirmatoria o de seguimiento (aumento de carga incluido ISUP1) y ansiedad. Desde el año 2019 se realiza una VA con criterios extendidos a RIF de bajo volumen.

RESULTADOS

Desde el año 2009 hasta el año 2023, se han incluido 188 pacientes en el protocolo VA con una edad media 67,48 años ($\pm 7,5$). De este grupo, 40 pacientes (21%) mostraron un ISUP2. De estos, 18 pacientes (9%) cumplieron con los criterios de RIF de bajo volumen. Diez pacientes (5,3%) pasaron de la vigilancia activa a recibir tratamiento activo.

Los tratamientos administrados incluyeron cirugía en 6 pacientes (3,1%), radioterapia +/- hormonoterapia en 4 pacientes (2,1%). Destacar que ningún paciente presentó recidiva bioquímica ni progresión de su enfermedad durante el período evaluado.

El tiempo medio de seguimiento de los pacientes que salieron de VA fue de 18 meses ($\pm 20,23$).

El 100% de las piezas de prostatectomía fueron ISUP2 y \leq pT2.

CONCLUSIÓN

La VA en este grupo resultó efectiva atendiendo a los resultados oncológicos. Los hallazgos de las muestras de prostatectomía indican que los criterios de bajo riesgo identificados durante la Vigilancia Activa coinciden con el buen pronóstico de estos pacientes. Por lo que se puede concluir que el 100 % de los pacientes con estos criterios podrían haber permanecido.

Análisis del protocolo de vigilancia activa para el cáncer de próstata en el Hospital Universitario de Móstoles

Teja García, Gabriel; González Alfaro, Alejandro; Encina Galnares, Juan; Jiménez González, Paula; Escribano Sánchez, Claudia; Romero Martín, Pilar; García González, Jesús

Hospital Universitario de Móstoles

INTRODUCCIÓN: el cáncer de próstata (CP) es la neoplasia más común en hombres mayores de 50 años. En las últimas décadas, la irrupción del PSA ha producido un sobrediagnóstico del CP y un sobretratamiento de pacientes con tumores clínicamente no significativos. La vigilancia activa (VA) es una opción de primera línea para el manejo de CP de bajo riesgo y en pacientes seleccionados con CP de riesgo intermedio.

OBJETIVO: analizar la evolución de los pacientes en protocolo de VA de CP en el Hospital Universitario de Móstoles.

MATERIALES Y MÉTODOS: realizamos estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes incluidos en VA en Hospital universitario de Móstoles desde enero de 2017 hasta junio de 2023. Los criterios de inclusión en VA fueron: < 10 ng/ml, Gleason \leq 7 (3+4) (\leq 3 cilindros afectos, \leq 50% de afectación y < 10% patrón 4) y estadio clínico T1c-T2a. El seguimiento se realizó con PSA, tacto rectal, biopsia de próstata y RNM próstata previo a cada biopsia. La salida de la VA se produjo cuando hubo progresión tumoral o por decisión propia del paciente. Las principales variables a estudio fueron la mediana de seguimiento, permanencia en VA, cambio a tratamiento activo y mortalidad cáncer-específica y global.

RESULTADOS: se incluyeron un total de 282 pacientes en el protocolo de VA, con una mediana de seguimiento de 33 meses. Las características al diagnóstico son recogidas en la tabla 1. Del total de pacientes incluidos en protocolo de VA, se mantuvieron en VA 159 pacientes (56.4%), 12 (4.3%) pasaron a observación, en 24 (8.5%) se perdió el seguimiento y 10 de ellos fallecieron por causas ajenas al cáncer de próstata. Se evidencia supervivencia libre de progresión metastásica y supervivencia cáncer específica del 100% de los pacientes. De los 77 pacientes que pasaron a tratamiento activo, en 23 (10.3%) se realizó prostatectomía radical y 46 (20.5%) se derivaron a radioterapia externa.

CONCLUSIONES: la VA para CP de bajo riesgo y pacientes seleccionados con CP riesgo intermedio es un tratamiento óptimo con excelentes resultados de supervivencia y reducción del sobretratamiento.

PALABRAS CLAVE: cáncer, próstata, vigilancia activa

Tabla 1. Características diagnósticas de pacientes incluidos en protocolo VA

PSA (ng/dL)		5.55 (1.08 - 18)
Ratio PSA (%)		16 % (5-41%)
Volumen prostático (cc)		48 cc
TR	Normal	270 (95.8%)
	Sospechoso	12 (4.2%)
Diagnóstico	BTRP	274 (97.2%)
	Cirugía (RTUp/Holep)	8 (2.8%)
Lesiones sospechosas ECOTR	No	267 (97.5%)
	Sí	7 (2.5%)
Grado Gleason	Gleason 6 (3+3)	279 (99.3%)
	Gleason 7 (3+4)	3 (0.7%)
Lóbulo afecto	Derecho	118 (41.7%)
	Izquierdo	120 (42.4%)
	Bilateral	31 (11%)