



Revista Mexicana de UROLOGIA

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA

www.elsevier.es/uromx



EDITORIAL

El reto de la adecuada detección de metástasis en el paciente con cáncer de próstata resistente a la castración



CrossMark

The challenge of adequate metastasis detection in the patient with castration-resistant prostate cancer

A. Martínez Lorca*

Departamento de Anatomía y Embriología Humana, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

El cáncer de próstata es la neoplasia maligna más frecuente y la tercera en mortalidad entre los varones de muchos países¹. Gran parte de esta mortalidad se debe a la fase de cáncer de próstata resistente a la castración (CPRC), fase que además asocia una clara disminución de la calidad de vida y un aumento del dolor, sobre todo por las metástasis frecuentemente asociadas a esta fase de la enfermedad.

La resistencia a la castración, mediada por diferentes mecanismos con implicación del receptor androgénico y por moléculas que van a causar su activación, supone una adecuada castración (testosterona ≤ 50 ng/dl) y progresión. Esta progresión puede ser bioquímica con 3 subidas consecutivas en la concentración sérica de antígeno prostático específico (PSA), con intervalo entre las tomas de al menos una semana, y las subidas deben suponer un incremento mayor al 50% del nadir, resultando un PSA $> 2^2$. La progresión clínica puede ser de lesiones óseas con 2 o más en la gammagrafía ósea, o lesiones de tejidos blandos según los criterios de respuesta a la evaluación de tumores sólidos (RECIST, por sus siglas en inglés)³.

En los últimos años, ha habido un creciente interés del CPRC metastásico (CPRCm), apareciendo nuevos fármacos, acetato de abiraterona y enzalutamida, que aumentan la supervivencia global y con perfiles de toxicidad favorables en estos pacientes. Actualmente son los tratamientos estándar para el CPRCm asintomático o con síntomas leves en pacientes quimio-naïve, así como con recaída de la enfermedad tratados previamente con quimioterapia (docetaxel)⁴.

El reto en estos pacientes se encuentra en, una vez presentan resistencia a la castración, poder establecer la presencia o no de metástasis, lo que va a condicionar el uso de estos fármacos.

Las técnicas de imagen convencionales, como gammagrafía ósea y tomografía axial computarizada (TAC), se han utilizado durante décadas como primera línea, y más ampliamente para evaluar metástasis, especialmente óseas. Si bien presentan alta sensibilidad, detectan metástasis óseas en una etapa avanzada de infiltración de tumor cuando acontece la reacción osteoblástica y los cambios morfológicos. Su alta disponibilidad y acceso las hacen herramientas importantes, aunque su rendimiento actual a nivel óseo no permite un diagnóstico en momentos iniciales de la enfermedad metastásica⁵.

Así pues, el diagnóstico correcto de las metástasis, especialmente en hueso, ha emergido como principal desafío,

* Autor para correspondencia: Universidad Complutense. Pza. Ramón y Cajal, s/n, Ciudad Universitaria, 28040 Madrid, España.
Correo electrónico: albertoml85@yahoo.es

y técnicas incluyendo imágenes metabólicas por tomografía por emisión de positrones (PET) con fluoride o colina y resonancia magnética de cuerpo completo (MRI-WB) están ganando interés⁵. Su superioridad radica en su capacidad para detectar precozmente las células tumorales en el compartimento hematopoyético, demostrando asimismo mayor sensibilidad para la detección temprana de metástasis. Esto hace que se tenga una alta afinidad a células tumorales, mucho antes de que tengan lugar los cambios morfológicos.

Sin embargo, a pesar de la ventaja que suponen las técnicas metabólicas frente a las técnicas convencionales morfológicas, no todas las guías clínicas las recogen como las técnicas de elección en el manejo del paciente CPRC. Esto hace plantear si estamos usando tratamientos modernos con un alto impacto en la supervivencia de estos pacientes, si estamos usando técnicas convencionales en el diagnóstico de metástasis, con menores tasas de detección si se compara con las técnicas modernas de imagen.

Financiación

El autor declara no haber recibido financiación para la realización de este artículo/estudio.

Conflicto de intereses

El autor declara no presentar conflicto de intereses y no haber recibido financiación ni ningún tipo de patrocinio para llevar a cabo este artículo/estudio.

Bibliografía

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011;61:69–90.
2. Scher HI, Halabi S, Tannock I, et al., Prostate Cancer Clinical Trials Working Group. Design and end points of clinical trials for patients with progressive prostate cancer and castrate level of testosterone: Recommendations of the Prostate Cancer Clinical Trials Working Group. *J Clin Oncol.* 2008;26:1148–59.
3. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer.* 2009;45:228–47.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate Cancer. Version 1. 2016 [consultado 23 Feb 2015]. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate.pdf
5. Tomball B, Lecouvert L. Modern detection of prostate cancer's bone metastasis: Is the bone scan era over. *Adv Urol.* 2012;2012, 893193 8931938.