

Vigilancia activa en cáncer de próstata en un grupo de pacientes asistidos en el Centro Docente Asociado de Oncología Médica Rivera: Cooperativa Médica de Rivera (COMERI)

Active surveillance in prostate cancer in a group of patients assisted at the Rivera Associated Teaching Center for Medical Oncology: Rivera Medical Cooperative (COMERI)

Vigilância ativa do câncer de próstata em um grupo de pacientes atendidos no Rivera Associated Teaching Center for Medical Oncology: Rivera Medical Cooperative (COMERI)

MONIKA RONDAN⁽¹⁾, NATALIA CAMEJO⁽²⁾, CECILIA CASTILLO⁽³⁾, NOELIA SILVEYRA⁽²⁾, FRANCO XAVIER⁽⁴⁾, MELANIE GARCÍA⁽⁵⁾, GABRIEL KRYGIER⁽⁶⁾

(1) Ex. Residente del Servicio de Oncología Clínica, Cooperativa Médica de Rivera (COMERI).

Correo electrónico:
monikamrondan@gmail.com
ORCID: 0009-0002-9326-8948

(2) Prof. Adjunta del Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Correos electrónicos: ncam3@yahoo.com, noesilveyra@gmail.com
ORCID: 0000-0002-8684-0291
ORCID: 0000-0002-0021-5760

(3) Prof. Agregada del Servicio de Oncología. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico: cascecilia@gmail.com
ORCID: 0000-0002-0417-0512

(4) Oncólogo Médico, Cooperativa Asistencial Médica de Rivera (COMERI).

Correo electrónico: fd_xavier@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-4586-2563

(5) Residente del Servicio de Oncología Clínica, Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Correo electrónico: melgarciafer@gmail.com
ORCID: 0009-0001-8576-6413

(6) Prof. Titular del Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Correo electrónico: gabriel.krygier@gmail.com
ORCID: 0000-0002-0518-1854

RESUMEN

Introducción: En Uruguay el cáncer de próstata ocupa el primer lugar en incidencia y el tercer lugar en mortalidad en el hombre. La mayoría de estos cánceres se diagnostican en estadios precoces. Hoy en día, para pacientes con adenocarcinoma de muy bajo riesgo, bajo riesgo o riesgo intermedio favorable, la vigilancia activa es una opción adecuada. **Objetivos:** Describir una población de pacientes con cáncer de próstata de muy bajo riesgo, bajo riesgo o riesgo intermedio favorable, en vigilancia activa en COMERI. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con cáncer de próstata de muy bajo riesgo, bajo riesgo o riesgo intermedio favorable, tratados entre 2010 y 2018 en COMERI. Se recopilaron datos en el sistema de registro clínico electrónico. **Resultados:** Se incluyeron 33 pacientes, la mediana de edad al diagnóstico fue de 74 años. Todos los pacientes fueron sometidos a controles clínicos y determinación de PSA cada 3 meses. El tacto rectal se realizó en forma anual. El tiempo mediano de vigilancia activa fue de 33 meses. Durante el seguimiento, se observaron pocas variaciones en los valores de PSA. El 21% de los pacientes fue sometido a una nueva biopsia durante el seguimiento activo, y en todos los casos, el Gleason se mantuvo incambiado. Ningún paciente abandonó la modalidad de vigilancia activa. **Conclusión:** En nuestro entorno, la vigilancia activa se considera una opción terapéutica válida para pacientes altamente seleccionados con cáncer de próstata de muy bajo riesgo, bajo riesgo o riesgo intermedio favorable, y es bien aceptada por ellos.

Palabras clave: Vigilancia activa, Marcadores biológicos, Biopsia, Neoplasias prostáticas

ABSTRACT

Introduction: In Uruguay, prostate cancer ranks first in incidence and third in mortality among men. The majority of these cancers are diagnosed at early stages. Nowadays, active surveillance is an appropriate option for patients with adenocarcinoma of very low risk, low risk, or favorable intermediate risk. **Objectives:** To describe a population of patients with prostate cancer of very low risk, low risk, or favorable intermediate risk under active surveillance at COMERI. **Materials and Methods:** Descriptive, observational, retrospective study. Patients with prostate cancer of very low risk, low risk, or favorable intermediate risk treated between 2010 and 2018 at COMERI were included. Data were collected from the electronic clinical registry system. **Results:** Thirty-three patients were included, with a median age at diagnosis of 74 years. All patients underwent clinical monitoring and PSA determination every 3 months. Digital rectal examination was performed annually. The median time of active surveillance was 33 months. During follow-up, there were few variations in PSA values. 21% of patients underwent a repeat biopsy during active surveillance, and in all cases, the Gleason score remained unchanged. No patient discontinued active surveillance. **Conclusion:** In our setting, active surveillance is considered a valid therapeutic option for highly selected patients with prostate cancer of very low risk, low risk, or favorable intermediate risk, and it is well accepted by them.

Key words: Active surveillance; Biological markers; Biopsy; Prostatic neoplasms

RESUMO

Introdução: No Uruguai, o câncer de próstata ocupa o primeiro lugar em incidência e o terceiro lugar em mortalidade entre os homens. A maioria desses cânceres é diagnosticada em estágios precoces. Atualmente, para pacientes com adenocarcinoma de risco muito baixo, baixo risco ou risco intermediário favorável, a vigilância ativa é uma opção adequada. **Objetivos:** Descrever uma população de pacientes com câncer de próstata de risco muito baixo, baixo risco ou risco intermediário favorável sob vigilância ativa em COMERI. **Material e métodos:** Estudo descritivo, observacional, retrospectivo. Foram incluídos pacientes com câncer de próstata de risco muito baixo, baixo risco ou risco intermediário favorável, tratados entre 2010 e 2018 em COMERI. Os dados foram coletados no sistema de registro clínico eletrônico. **Resultados:** Foram incluídos 33 pacientes, com mediana de idade no diagnóstico de 74 anos. Todos os pacientes foram submetidos a controles clínicos e determinação de PSA a cada 3 meses. O toque retal foi realizado anualmente. O tempo médio de vigilância ativa foi de 33 meses. Durante o acompanhamento, houve poucas variações nos valores de PSA. 21% dos pacientes foram submetidos a uma nova biópsia durante a vigilância ativa, e em todos os casos, o Gleason permaneceu inalterado. Nenhum paciente abandonou a modalidade de vigilância ativa. **Conclusão:** Em nosso ambiente, a vigilância ativa é considerada uma opção terapêutica válida para pacientes altamente selecionados com câncer de próstata de risco muito baixo, baixo risco ou risco intermediário favorável, e é bem aceita por eles. **Princípio del formulario**

Palavras-chave: Vigilância ativa, Marcadores biológicos, Biópsia, Neoplasias prostáticas

Vigilancia activa en cáncer de próstata en un grupo de pacientes asistidos en el Centro Docente Asociado de Oncología Médica Rivera: Cooperativa Médica de Rivera (COMERI)

Rondan M, Camejo N, Castillo C, Silveyra N, Xavier F, García M, Krygier G.

DOI: 10.25184/anfamed2024v11n1a1

INTRODUCCIÓN

En Uruguay el cáncer de próstata representa el 20% del total de cánceres en el hombre (excluyendo el cáncer de piel no melanoma); ocupa el primer lugar en incidencia y el tercer lugar en mortalidad en dicho sexo, después del cáncer de pulmón y colo-recto, se diagnostican en promedio 1473 casos nuevos al año y se registran 570 muertes cada año⁽¹⁾.

Gracias a la generalización de la dosificación del Antígeno Prostático Específico (PSA), la mayoría de los cánceres de próstata se diagnostican ahora en estadios precoces. Al planificar el tratamiento, es esencial considerar la historia natural de la enfermedad y el riesgo de progresión, dado que muchos de estos cánceres son biológicamente indolentes y podrían no amenazar jamás la salud o vida del paciente^(2,3).

Para estos pacientes, las opciones de tratamiento estándar incluyen prostatectomía radical, radioterapia y, para aquellos cuidadosamente seleccionados con enfermedad de muy bajo riesgo, bajo riesgo o riesgo intermedio favorable, la vigilancia activa. La elección del tratamiento se basa en varios factores clave, como el riesgo de recurrencia o metástasis, la edad, la esperanza de vida, la presencia de otras enfermedades significativas y las preferencias del paciente^(2,3).

Actualmente, la vigilancia activa es considerada una opción adecuada para pacientes con cáncer de próstata de muy bajo riesgo, bajo riesgo o riesgo intermedio favorable, con la posibilidad de realizar un tratamiento definitivo en el futuro si es necesario. **Tabla 1**⁽⁴⁾.

Tabla 1. Esquema de estratificación de riesgos para el cáncer de próstata localizado, según la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN)

Grupo de riesgo	Características clínico-patológicas
Muy bajo (tiene todas las características)	T1c y Grupo de grado 1 y PSA <10 ng/mL y Menos de 3 fragmentos de biopsia de próstata positivos, ≤50% de cáncer en cada fragmento y Densidad de PSA <0,15 ng/mL/g
Bajo	T1 a T2a y Grupo de grado 1 y PSA <10 ng/mL y No califica para un riesgo muy bajo
Intermedio favorable	No hay características de alto o muy alto riesgo No más de un factor de riesgo intermedio: T2b a T2c o Grupo de grado 2 o PSA 10 a 20 ng/mL y Grupo de grado 1 o 2 y <50% de los fragmentos de biopsia positivos

Fuente: Elaboración propia

La vigilancia activa es una estrategia que permite mantener la calidad de vida del paciente mientras se retrasa el tratamiento radical, solo implementándolo si la enfermedad avanza, sin comprometer las posibilidades de curación. Esta

estrategia consiste en un estricto protocolo de seguimiento con el fin de detectar a tiempo cualquier progresión de la enfermedad. Varios estudios a largo plazo respaldan este enfoque. Durante años, la vigilancia activa ha sido reconocida y adoptada como una opción estándar en distintas guías internacionales para pacientes seleccionados con cáncer de próstata de riesgos especificados anteriormente^(4,5,6,7). Es crucial entender que esta estrategia requiere un compromiso activo tanto del paciente como del médico.

El propósito de este estudio es ofrecer una descripción de los resultados del seguimiento activo a mediano plazo de pacientes con cáncer de próstata de distintos niveles de riesgo tratados en el CEDA de Rivera, Cooperativa Médica de Rivera (COMERI).

OBJETIVO PRINCIPAL

Describir una población de pacientes con cáncer de próstata de muy bajo riesgo, bajo riesgo o riesgo intermedio favorable, en vigilancia activa del sanatorio de la ciudad de Rivera COMERI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, unicéntrico, observacional, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con cáncer de próstata de muy bajo riesgo, bajo riesgo o riesgo intermedio favorable (según los criterios incluidos en la **Tabla 1**), en vigilancia activa asistidos por el equipo de Oncología Médica en COMERI entre 2010 y 2018.

Se recopilaron datos ingresados en el sistema de registro clínico electrónico denominado Historia Clínica Electrónica Oncológica (HCEO) durante ese período. Variables incluidas en el estudio: edad actual, edad al diagnóstico, antecedentes personales, fecha de primer consulta en el servicio de oncología, PSA al diagnóstico, fecha de punción biopsia prostática (PBP) inicial, resultado de anatomía patológica (AP): tipo histológico, cantidad de cilindros afectados, porcentaje de carcinoma en los cilindros correspondientes, invasión perineural, embolias linfáticas tumorales, PIN, Gleason y grupo pronóstico. Se incluyeron también datos sobre tacto rectal, PSA posteriores, imagenología correspondiente, tiempo en seguimiento activo hasta el fin del estudio.

Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis y se compararon con información disponible de Uruguay y otros países. Se procesaron utilizando una hoja de cálculo (Microsoft Excel) y los resultados se presentan en forma de frecuencias absolutas o relativas.

El protocolo de vigilancia activa se realizó mediante

Vigilancia activa en cáncer de próstata en un grupo de pacientes asistidos en el Centro Docente Asociado de Oncología Médica Rivera: Cooperativa Médica de Rivera (COMERI)

Rondan M, Camejo N, Castillo C, Silveyra N, Xavier F, García M, Krygier G.

DOI: 10.25184/anfamed2024v11n1a1

controles clínicos (interrogatorio y examen físico) y determinación de PSA en el Servicio de Oncología cada 6 meses. El tacto rectal se realizó en forma anual. La PBP se realizó al diagnóstico y se repitió en los pacientes que presentaron síntomas y/o cambios en el examen físico y/o la curva de PSA.

Cabe destacar que todos los pacientes participantes otorgaron su consentimiento informado, permitiendo su participación en el estudio y autorizando el uso de la información obtenida para el mismo.

ASPECTOS ÉTICOS

Se llevaron a cabo el estudio y el análisis estadístico cumpliendo con las normas éticas internacionales para investigaciones biomédicas, incluyendo las "Normas del MERCOSUR sobre regulación de los estudios clínicos" y la "Declaración de Helsinki". Además, el estudio se ajustó al reglamento de investigación aprobado por la Comisión Nacional de Ética en 2019. Se garantizó el anonimato de los pacientes en el análisis estadístico.

RESULTADOS

Se incluyeron 33 pacientes, procedente de Rivera, asistidos en COMERI. La mediana de edad al diagnóstico fue de 74 años (rango 52-84).

Los antecedentes personales más frecuentes fueron: Diabetes Mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA) y tabaquismo. La mediana del valor de PSA al diagnóstico fue de 6 ng/ml (rango 2.68 ng/ml - 9.57 ng/ml). **Tabla 2.**

Tabla 2. Características -patológicas y nivel de riesgo de los pacientes incluidos en el estudio (n=33)

Variable	n (%)
Edad (mediana y rango)	74 años (52-84)
PSA al diagnóstico (mediana y rango)	6 ng/ml (2.68-9.57 ng/ml)
Tacto rectal sospechoso	3 (9)
Síntomas urinarios	4 (12)
Score de Gleason	
Grado 1, Gleason ≤ 6	26 (78.8)
Grado 2, Gleason 3+4=7	7 (21.2)
Distribución riesgo	
Riesgo muy bajo	18 (54.5)
Riesgo bajo	8 (24.3)
Riesgo intermedio bajo	7 (21.2)

Fuente: Elaboración propia

Todos los pacientes incluidos tenían adenocarcinoma de próstata. La mayoría de ellos (88%, n=29) no presentaba síntomas urinarios al momento del diagnóstico. Es importante aclarar que, en cada paciente, se obtuvieron un total de 12 cilindros de acuerdo con los protocolos estándar. Es fundamental destacar que, durante el período de inclusión de nuestro estudio (2010-2018), el número de

cilindros afectados en la PBP no era un criterio utilizado para la estratificación del nivel de riesgo según las guías de la NCCN. Esta consideración se introdujo más recientemente. Del total de pacientes, el 54.5% (n=18) tenía entre 1 y 2 cilindros afectados en la PBP, el 27.3% (n=9) tenía entre 3 y 5 cilindros afectados, y el 18.2% (n=6) tenía 6 o más cilindros con adenocarcinoma. Ninguna muestra mostró la presencia de embolias linfáticas tumorales, el 91% (n=12) no presentaba PIN de alto grado y el 51.5% (n=7) no tenía invasión perineural. El resto de las características clínicas y patológicas; y los grupos de riesgo se muestran en el **Tabla 2.**

El 91% fue estadificado con TC de abdomen y pelvis y centellograma óseo. Ninguno de los pacientes cuenta con Resonancia Magnética multiparamétrica (RNMmp) de próstata.

Todos los pacientes fueron sometidos a controles clínicos (interrogatorio y examen físico) y determinación de PSA en el Servicio de Oncología cada 3 meses. Durante el seguimiento, se observaron pocas variaciones en los valores de PSA a lo largo del tiempo. El tacto rectal se realizó en forma anual. Durante el período de vigilancia activa, el 21% (n=7) de los pacientes fue sometido a una segunda biopsia. De estos, 5 pacientes presentaron síntomas urinarios adicionales y 2 mostraron un discreto aumento del PSA. Es relevante señalar que, a pesar de la realización de una segunda biopsia, en todos estos casos el score de Gleason se mantuvo inalterado. Al momento de definir si continuar con la vigilancia activa o iniciar un tratamiento activo se tomó en consideración presencia de síntomas, cambios en el examen físico y la curva de PSA.

El tiempo mediano de vigilancia activa fue de 33 meses (rango de 5-58). Solo un paciente falleció al finalizar la recopilación de datos debido a causas cardiovasculares. Todos los pacientes vivos permanecen en la vigilancia activa, no se evidenció cambio de la evolutividad de la enfermedad ni han cambiado la preferencia personal con la conducta tomada.

DISCUSIÓN

La vigilancia activa es una estrategia de manejo conservador para pacientes con cáncer de próstata de muy bajo, bajo riesgo o riesgo intermedio favorable que evita el sobretratamiento en estos pacientes, lo que puede tener beneficios significativos en términos de calidad de vida, evitando complicaciones y efectos secundarios vinculados con tratamientos más agresivos. Conocer los resultados de la vigilancia activa en nuestro medio puede ayudar a las autoridades de salud a planificar mejor los recursos necesarios para la atención de pacientes con cáncer de próstata, garantizando un manejo adecuado y oportuno de

Vigilancia activa en cáncer de próstata en un grupo de pacientes asistidos en el Centro Docente Asociado de Oncología Médica Rivera: Cooperativa Médica de Rivera (COMERI)

Rondan M, Camejo N, Castillo C, Silveyra N, Xavier F, García M, Krygier G.

DOI: 10.25184/anfamed2024v11n1a1

la enfermedad. Si bien se trata de un único estudio, con un bajo número de pacientes, procedentes de un solo centro, la divulgación de nuestros resultados puede proporcionar información valiosa para mejorar el manejo y atención de esta enfermedad, y para tomar decisiones informadas que beneficien a los pacientes y la comunidad en general.

Nuestro estudio, aunque se incluyó un reducido número de pacientes (n=33), se alinea con las conclusiones obtenidas tanto en los estudios PRIAS como en los PROTECT (Prostate testing for cancer and Treatment). No observamos fallecimientos ni progresiones hacia enfermedad metastásica relacionadas con el cáncer de próstata, un resultado que reafirma la seguridad oncológica de la estrategia de vigilancia activa, como lo demuestran las bajas tasas de mortalidad específica por cáncer de próstata en estos estudios. El estudio PROTECT con un seguimiento mediano de 15 años, reveló que la vigilancia activa redujo el riesgo de efectos secundarios relacionados con el tratamiento, como disfunción eréctil y problemas urinarios, sin incrementar el riesgo de mortalidad por cáncer de próstata en comparación con las intervenciones activas⁽⁸⁾. Respecto al estudio PRIAS, su brazo Gotemburgo con un seguimiento mediano de 15 años, ha demostrado que la vigilancia activa puede ser una estrategia segura a largo plazo. Sin embargo, las rebopsias programadas son fundamentales para detectar aquellos tumores que muestran signos de progresión⁽⁹⁾.

De acuerdo a las recomendaciones internacionales^(4,6,7) la evaluación inicial de la totalidad de los pacientes incluidos incluyó el interrogatorio y un examen físico con tacto rectal, la determinación del PSA y la PBP con la determinación de la puntuación de Gleason en la biopsia inicial y el número de cilindros comprometidos.

Es importante resaltar que, aunque no es habitual incluir estudios de imagen como la tomografía computarizada (TC) y el centellograma óseo (CO) en la evaluación inicial de pacientes con riesgo muy bajo y bajo de cáncer de próstata, en este estudio, la mayoría de los pacientes sí se sometieron a dichos estudios. Esto probablemente se deba a que el equipo médico consideró que estos estudios eran necesarios para determinar la extensión de la enfermedad para planificar el tratamiento de manera adecuada.

La RNMmp se ha convertido en una herramienta esencial en la vigilancia activa del cáncer de próstata.

Recientemente las guías de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO)⁽⁷⁾, la Sociedad Americana de Oncología Radiológica (ASTRO)⁽⁶⁾ y la Sociedad de Oncología Urológica (SUO)⁽¹⁰⁾ establecieron a la RNMmp como un estándar en la valoración del paciente con cáncer de próstata localizado. El estudio ASIST⁽¹¹⁾ proporciona evidencia crucial sobre su importancia en esta estrategia de

manejo. En dicho ensayo, los hombres con cáncer de próstata de bajo riesgo fueron aleatorizados para recibir biopsia sistemática o RNMmp con biopsias sistemáticas y dirigidas. Los resultados mostraron que el uso inicial de la RNMmp antes de la biopsia confirmatoria resultó en un 50% menos de fallos en la vigilancia activa y menos progresión al cáncer de mayor grado en un seguimiento de 2 años. Esto respalda la utilidad de la RNMmp en la identificación precisa de lesiones clínicamente significativas, reduciendo potencialmente la probabilidad de subestimar la agresividad del tumor. Sin embargo, el estudio ASIST también señaló diferencias significativas en las tasas de fallo de la vigilancia activa entre los centros en los que se realizó la RNMmp, sugiriendo que la experiencia y competencia del centro puede influir en los resultados. Esto destaca la importancia de la estandarización y la formación en la interpretación y realización de la RNMmp. Aunque los pacientes del estudio no se sometieron a la RNMmp, lo que representa una limitación en nuestro análisis debido a que este examen nos podría ofrecer una comprensión más profunda sobre la evolución de la enfermedad, es vital considerar ciertos factores al abordar este tema. Primero, el período en el que se incluyeron a los pacientes fue entre 2010 y 2018, y la RNMmp se incorporó a las guías mencionadas recientemente. Segundo que las restricciones de acceso al estudio, ya sea por pautas de cobertura de salud o por la necesidad de desplazamiento de los pacientes para su realización, también podrían haber afectado esta decisión. El papel de la RNMmp en la predicción del "upgrade" durante la vigilancia activa, como se destaca en el estudio ASIST, debe integrarse en nuestra estrategia de manejo y en la discusión con los pacientes. La decisión de continuar con la vigilancia activa versus optar por un tratamiento más agresivo debe basarse en una combinación de hallazgos clínicos, niveles de PSA, y resultados de RNMmp, garantizando así un enfoque personalizado y basado en la evidencia.

La vigilancia activa implica monitorear el crecimiento tumoral con el fin de brindar un tratamiento curativo oportuno a los pacientes que presentan progresión de la enfermedad. En este contexto debido a que estos pacientes no reciben tratamiento inmediato, en algunos casos es posible que la enfermedad progrese, lo que podría aumentar el riesgo de enfermedad metastásica. Es por esto que es necesario un seguimiento cuidadoso durante la vigilancia activa con el fin de identificar la progresión de la enfermedad y la necesidad de instaurar un tratamiento definitivo. Los protocolos de seguimiento de pacientes bajo vigilancia activa varían considerablemente entre las instituciones y han evolucionado con el tiempo debido a la naturaleza dinámica de la vigilancia y la diversidad de

Vigilancia activa en cáncer de próstata en un grupo de pacientes asistidos en el Centro Docente Asociado de Oncología Médica Rivera: Cooperativa Médica de Rivera (COMERI)

Rondan M, Camejo N, Castillo C, Silveyra N, Xavier F, García M, Krygier G.

DOI: 10.25184/anfamed2024v11n1a1

objetivos y enfoques para la observación del cáncer de próstata⁽¹²⁻¹⁴⁾. Por lo general, esto implica un riguroso interrogatorio, un examen físico, la determinación del PSA, estudios de imagen y la repetición de la PBP a los 6 o 12 meses de la PBP inicial (debido a la PBP inicial pudo haber subestimado el riesgo) o en la evolución para descartar una progresión en la lesión. Nuestros pacientes fueron monitorizados en forma trimestral mediante el interrogatorio, examen físico y determinación del PSA. El 21% de los pacientes fue sometido a una segunda PBP ya que en el resto de los pacientes no se produjeron cambios que justificaran su solicitud. En este contexto, debemos señalar que no existe una única estrategia de monitoreo aceptada, y los protocolos de vigilancia deben adaptarse al riesgo de progresión, las preferencias individuales de cada paciente y sus comorbilidades.

Según la información disponible en la literatura, la mayoría de los hombres que abandonan la vigilancia activa lo hacen debido a la progresión de la enfermedad. Los criterios para determinar la progresión no están bien definidos y dependen del juicio del médico. Sin embargo, se ha observado que aumentos sostenidos en el PSA, especialmente un tiempo de duplicación del PSA de menos de 3 años, o el empeoramiento de las alteraciones en el tacto rectal, deben considerarse como indicadores para realizar una evaluación más detallada, como la RNMmp de próstata con biopsias específicas de regiones de interés, con o sin biopsias sistemáticas.

Finalmente, debemos destacar que ninguno de los pacientes incluidos abandonó la vigilancia activa. Si bien la mayoría de los pacientes que interrumpen la vigilancia activa lo hacen debido a la progresión de la enfermedad, siendo necesario un mayor seguimiento de los pacientes incluidos para evaluar la presencia de progresión lesional, no debemos olvidar que algunos pacientes abandonan esta estrategia muchas veces debido a la carga psicosocial de vivir con un cáncer indolente sin tratamiento y otros por mala adherencia a la estrategia^(15,16). En este contexto, la ansiedad puede ser un factor importante que lleva a muchos pacientes a optar por un tratamiento activo, mientras que otros pueden abandonar la vigilancia activa debido a problemas de adherencia a esta estrategia. En este punto, el equipo médico tratante juega un papel fundamental^(17,18). Los pacientes que reciben una adecuada información sobre el curso indolente del cáncer de próstata de muy bajo y bajo riesgo, así como del riesgo intermedio bajo, pueden estar mejor preparados para evitar complicaciones psicológicas asociadas con la vigilancia activa. Una buena comunicación médico-paciente permite al paciente comprender plenamente su situación médica, los riesgos y beneficios de la vigilancia activa, y las

opciones de tratamiento disponibles. Además, la vigilancia activa requiere un seguimiento regular y continuo del paciente para monitorear la evolución de la enfermedad, y una comunicación clara asegurará que el paciente entienda el plan de vigilancia activa y la importancia de seguirlo correctamente, lo que ayudará a garantizar que cumpla con las recomendaciones médicas y se someta a las pruebas y exámenes necesarios^(15,19,20). En resumen, nuestros resultados refuerzan la idea de que la vigilancia activa es una opción válida y segura para muchos pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo. Sin embargo, es crucial que se proporcionen recursos adecuados y se mantenga una comunicación abierta para asegurar el seguimiento adecuado y abordar cualquier preocupación que puedan tener los pacientes.

CONCLUSIONES

En este estudio, describimos los resultados de pacientes diagnosticados con adenocarcinoma de próstata de muy bajo y bajo riesgo, así como riesgo intermedio bajo, que fueron sometidos a vigilancia activa en COMERI. Aunque este estudio incluyó un número limitado de pacientes y tuvo un seguimiento corto, se observó que la vigilancia activa es una opción factible y segura en nuestro entorno. Esto puede tener beneficios significativos en términos de calidad de vida al evitar complicaciones y efectos secundarios asociados con tratamientos más agresivos.

Vigilancia activa en cáncer de próstata en un grupo de pacientes asistidos en el Centro Docente Asociado de Oncología Médica Rivera: Cooperativa Médica de Rivera (COMERI)

Rondan M, Camejo N, Castillo C, Silveyra N, Xavier F, García M, Krygier G.

DOI: 10.25184/anfamed2024v11n1a1

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. CHLCC. Resumen Estadístico. TODOS LOS CÁNCERES. Incidencia y Mortalidad periodo 2015-2019. Tendencia de la Mortalidad hasta 2020. <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/RESUMENES-ESTADISTICOS-para-los-canceres-mas-frecuentes--uc264> (Fecha de consulta: 1/08/2023)
2. Sekhoacha M, Riet K, Motloung P, Gumenku L, Adegoke A, Mashele S. Prostate Cancer Review: Genetics, Diagnosis, Treatment Options, and Alternative Approaches. *Molecules*. 2022;27(17):5730.
3. Schatten H. Brief Overview of Prostate Cancer Statistics, Grading, Diagnosis and Treatment Strategies. *Adv Exp Med Biol*. 2018;1095:1-14.
4. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate cancer. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#prostate (Fecha de acceso 1/8/2023).
5. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA, Mason M, Metcalfe C, Holding P, et al. 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer. *N Engl J Med*. 2016;375(15):1415-1424.
6. Eastham JA, Auffenberg GB, Barocas DA, Chou R, Crispino T, Davis JW, et al. Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO Guideline, Part II: Principles of Active Surveillance, Principles of Surgery, and Follow-Up. *J Urol*. 2022;208(1):19-25.
7. Bekelman JE, Rumble RB, Chen RC, Pisansky TM, Finelli A, Feifer A, et al. Clinically Localized Prostate Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Endorsement of an American Urological Association/American Society for Radiation Oncology/Society of Urologic Oncology Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(32):3251-3258.
8. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA, Metcalfe C, Davis M, Turner EL, et al. Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. *N Engl J Med*. 2023;388(17):1547-1558.
9. Godtman RA, Holmberg E, Khatami A, Pihl CG, Stranne J, Hugosson J. Long-term Results of Active Surveillance in the Göteborg Randomized, Population-based Prostate Cancer Screening Trial. *Eur Urol*. 2016;70(5):760-766.
10. Sanda MG, Cadeddu JA, Kirkby E, Chen RC, Crispino T, Fontanarosa J, et al. Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO/SUO Guideline. Part II: Recommended Approaches and Details of Specific Care Options. *J Urol*. 2018;199(4):990-997.
11. Klotz L, Pond G, Loblaw A, Sugar L, Moussa M, Berman D, et al. Randomized Study of Systematic Biopsy Versus Magnetic Resonance Imaging and Targeted and Systematic Biopsy in Men on Active Surveillance (ASIST): 2-year Postbiopsy Follow-up. *Eur Urol*. 2020;77(3):311-317.
12. Schenk JM, Newcomb LF, Zheng Y, Faino AV, Zhu K, Nyame YA, et al. African American Race is Not Associated with Risk of Reclassification during Active Surveillance: Results from the Canary Prostate Cancer Active Surveillance Study. *J Urol*. 2020;203(4):727-733.
13. Bates AS, Kostakopoulos N, Ayers J, Jameson M, Todd J, Lukha R, et al. A Narrative Overview of Active Surveillance for Clinically Localised Prostate Cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2020;36(4):151045.
14. Willemse PM, Davis NF, Grivas N, Zattoni F, Lardas M, Briers E, et al. Systematic Review of Active Surveillance for Clinically Localised Prostate Cancer to Develop Recommendations Regarding Inclusion of Intermediate-risk Disease, Biopsy Characteristics at Inclusion and Monitoring, and Surveillance Repeat Biopsy Strategy. *Eur Urol*. 2022;81(4):337-346.
15. Dall'Era MA, Albertsen PC, Bangma C, Carroll PR, Carter HB, Cooperberg MR, et al. Active surveillance for prostate cancer: a systematic review of the literature. *Eur Urol*. 2012;62(6):976-83.
16. Walker CH, Marchetti KA, Singhal U, Morgan TM. Active surveillance for prostate cancer: selection criteria, guidelines, and outcomes. *World J Urol*. 2022;40(1):35-42.
17. Sypre D, Pignot G, Touzani R, Marino P, Walz J, Rybikowski S, et al. Impact of active surveillance for prostate cancer on the risk of depression and anxiety. *Sci Rep*. 2022;12(1):12889.
18. Marzouk K, Assel M, Ehdai B, Vickers A. Long-Term Cancer Specific Anxiety in Men Undergoing Active Surveillance of Prostate Cancer: Findings from a Large Prospective Cohort. *J Urol*. 2018;200(6):1250-1255.
19. Loeb S, Folkvaljon Y, Makarov DV, Bratt O, Bill-Axelsson A, Stattin P. Five-year nationwide follow-up study of active surveillance for prostate cancer. *Eur Urol*. 2015;67(2):233-8.
20. Kirk PS, Zhu K, Zheng Y, Newcomb LF, Schenk JM, Brooks JD, et al. Treatment in the absence of disease reclassification among men on active surveillance for prostate cancer. *Cancer*. 2022;128(2):269-274.

Nota del editor: El editor responsable por la publicación del presente artículo es el Comité Editorial.

Nota de contribución autor: Concepción: Monika Rondan, Natalia Camejo, Cecilia Castillo, Noelia Sylveira, Franco Xavier, Melanie García, Gabriel Krygier. Diseño: Monka Rondan, Natalia Camejo, Cecilia Castillo, Noelia Sylveira, Franco Xavier, Melanie García, Gabriel Krygier. Ejecución: Monka Rondan, Natalia Camejo, Cecilia Castillo, Noelia Sylveira. Interpretación de los resultados: Monka Rondan, Natalia Camejo, Cecilia Castillo, Noelia Sylveira. Redacción: Monika Rondan, Natalia Camejo, Cecilia Castillo. Revisión crítica: Gabriel Krygier.

Nota de disponibilidad de datos: El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentran disponibles.