



Artículo original

Toma de decisiones en cáncer de próstata: un análisis de la influencia y significado de los comités de tumores en una cohorte de pacientes tratados con radioterapia o prostatectomía

Mathias Jeldres^{1,2*} , Noelia Silveyra¹ , Florencia Vitureira¹ , Ana Laura Alfonso² , Gabriel Krygier^{1,2}

¹Servicio de Oncología Clínica, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

²Servicio Médico Integral, Montevideo, Uruguay

Fecha de recepción: 2/11/2024

Fecha de aceptación: 17/03/2025

*Correspondencia: Mathias Jeldres. mathiasjeldres@gmail.com

Resumen

Introducción: el cáncer de próstata es el de mayor incidencia en Uruguay. Se caracteriza por una gran heterogeneidad clínica y biológica. En los estadios localizados, los tratamientos radicales con cirugía o radioterapia acompañados del tratamiento hormonal logran excelentes resultados en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, no existe evidencia de resultados nacionales en cuanto los resultados de estos tratamientos. En este trabajo se evaluaron retrospectivamente las características epidemiológicas y la eficacia de los tratamientos en una cohorte de pacientes de una institución mutual nacional, así como el impacto de la toma de decisiones en los comités de tumores.

Objetivos: analizar las características clínico-epidemiológicas y realizar un análisis de eficacia de tratamientos en una cohorte de pacientes portadores de cáncer de próstata en el Servicio de Oncología del Servicio Médico Integral (SMI) en un período de 4 años.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, con base en la revisión de historias clínicas de 147 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata asistidos en el SMI.

Resultados: en este estudio descriptivo, se analizaron 147 pacientes con cáncer de próstata, destacando el enfoque multidisciplinario en la gestión de estos casos. El 100 % de los tratamientos fueron discutidos en un comité de tumores, evidenciando una práctica integral. La mayoría de los pacientes (87 %) presentaban la enfermedad en estadios localizados al debut, con una mediana de 67 años. Las evaluaciones diagnósticas incluyeron el tacto rectal, dosificación de PSA y pruebas de imagen convencionales. Los tratamientos para estadios localizados variaron entre radioterapia, prostatectomía radical y vigilancia activa, seleccionados según criterios clínicos. Se observó una baja tasa de recaída en el seguimiento a dos años, especialmente en pacientes bajo vigilancia activa. La discusión de casos en comités especializados fue esencial para la toma de decisiones terapéuticas. La supervivencia libre de enfermedad (SLE) a 5 años no mostró diferencias significativas entre radioterapia y prostatectomía radical, con una tasa del 82 %. La aparición de segundos tumores fue del 12 %, siendo el más común el tumor de riñón. La edad y el estadio de la enfermedad influyeron en la elección terapéutica y en los resultados.

Conclusión: este estudio subraya la importancia de la discusión multidisciplinaria, la adaptabilidad de los tratamientos y la necesidad de una atención continua en el cáncer de próstata en Uruguay.

Palabras clave: Cáncer. Cáncer de próstata. Comité de tumores. Radioterapia. Hormonoterapia. Prostatectomía.

Introducción

El cáncer de próstata constituye una de las neoplasias más frecuentes en hombres a nivel mundial. Según datos del Globocan 2020, se registraron 1.414.259 casos nuevos, situándolo como el segundo cáncer con mayor incidencia global, superado únicamente por el cáncer de pulmón¹. En el contexto específico de Uruguay, este tipo de cáncer lidera las estadísticas de incidencia y se posiciona en tercer lugar en mortalidad, contabilizando más de 1.400 casos anuales y 570 muertes al año². La singularidad del cáncer de próstata radica en su marcada heterogeneidad clínica y biológica. Mientras que en los estadios localizados se observan resultados excelentes con tratamientos radicales como la cirugía o la radioterapia, en combinación con terapia hormonal, la situación en estadios metastásicos presenta una variabilidad considerable, dado que algunos factores como la agresividad tumoral, las características individuales del paciente y la secuencia de terapias utilizadas influyen en la diversidad de respuestas observadas y en la eficacia de los mismos, principalmente en la SVG y SLP³.

En el presente, el espectro terapéutico para el tratamiento de cáncer de próstata, ya sea localizado o metastásico, abarca desde agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (por ejemplo, leuprolide, goserelina) y antagonistas de la GHRH (degarelix, relugolix) hasta antagonistas del receptor de andrógenos no esteroideos de segunda generación (enzalutamida, apalutamida y darolutamida), así como el inhibidor de la biosíntesis de andrógenos abiraterona. Estos se combinan con modalidades terapéuticas como radioterapia, cirugía, quimioterapia, terapias dirigidas y medicina nuclear para conformar el conjunto integral de opciones para esta patología.

En el tratamiento del cáncer de próstata localizado, los pilares fundamentales son la radioterapia o la prostatectomía radical, junto con la hormonoterapia. La vigilancia activa se presenta como una opción preferida en casos selectos⁴. La toma de decisiones se guía por la clasificación de los pacientes en grupos de riesgo, según las características tumorales y bioquímicas, siendo una de las clasificaciones principales la de grupos de riesgo de D'Amico⁵.

La comprensión detallada de las características poblacionales y la implementación de un riguroso control de calidad asistencial son fundamentales para asegurar no solo la administración de tratamientos adecuados, sino también para garantizar que dichos tratamientos alcancen los beneficios esperados. En Uruguay no se conocen datos de calidad en relación con los resultados obtenidos en el tratamiento con cáncer de próstata.

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo principal describir las características clínico-epidemiológicas y los tratamientos aplicados en una cohorte de pacientes atendidos en el SMI. Esta investigación se posiciona como un esfuerzo por profundizar el conocimiento de la realidad local, identificar posibles brechas en la atención y mejorar la calidad del manejo clínico de los pacientes con cáncer de próstata en nuestro entorno.

Objetivos

Objetivo principal

Este estudio tiene como objetivo describir las características clínico-epidemiológicas y realizar un análisis de eficacia de tratamientos en una cohorte de pacientes portadores de cáncer de próstata en el Servicio de Oncología del Servicio Médico Integral (SMI).

Objetivo secundario

Además, otro de sus objetivos es caracterizar la población de pacientes tratados en el SMI (edad, comorbilidades, distribución por estadios, entre otros). Por último, también se propone describir y analizar el impacto clínico de la medida terapéutica tomada y compararla con resultados de efectividad de cada tratamiento en los ensayos clínicos.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo durante un período de 4 años, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata atendidos en el SMI. Los datos recopilados fueron procesados y analizados mediante el software GraphPad Prism versión 9.4.1⁶. Se examinaron un total de 147 casos de pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata, confirmado con anatomía patológica en estadios localizados, así como confirmados por anatomía patológica o con niveles elevados de antígeno prostático específico (PSA) en estadios avanzados. Para propósitos de análisis, se clasificaron según el estado de diseminación al momento del diagnóstico, ya sea localizado o metastásico.

La supervivencia libre de enfermedad (SLE) se definió como el intervalo transcurrido desde el primer tratamiento (RT o cirugía en estadios localizados, o primer tratamiento sistémico en estadio metastásico), hasta la aparición de evidencia de recurrencia de la enfermedad, ya sea bioquímica o por imágenes.

Para los pacientes en vigilancia activa, se consideró la supervivencia libre de evento (SLE) definida como el tiempo desde el inicio de la vigilancia activa hasta la progresión bioquímica, patológica, clínica o el inicio de un tratamiento activo.

Resultados

En el ámbito de la evaluación multidisciplinaria, se destaca que el 100 % de los tratamientos administrados a los pacientes de la institución, incluyendo el total de casos de cáncer de próstata, fueron sometidos a discusión en un comité de tumores. Este hallazgo, que puede estar vinculado a los resultados detallados más adelante, resalta la integralidad del enfoque adoptado en la gestión de estos casos. Múltiples trabajos evalúan el impacto de la discusión de casos en comité de tumores, más aún en casos complejos. Sin embargo, la conformación de estos comités debe estar integrada por profesionales calificados y con experiencia en cada tema. Los resultados dependen además de una buena preparación y selección de casos, el formato y la estructura de la reunión, la experiencia, el liderazgo eficiente y las interacciones entre los médicos presentes^{7,8}.

Características generales

En este estudio descriptivo, se describe una cohorte de 147 pacientes, atendidos en el SMI entre el 2017 y 2022, clasificándolos según el estadio en el momento del debut de la enfermedad. Esta clasificación facilitó la agrupación principal para la descripción del tratamiento posterior. La distribución de pacientes al debut reveló que el 87 % (n = 128) presentaba enfermedad en estadios localizados, mientras que el 13 % (n = 19) presentaba metástasis. En relación con la mediana de edad, esta fue de 67 años (en un rango de 47 a 93 años), en concordancia con la literatura existente. Asimismo, se observaron características correspondientes a las comorbilidades esperadas para la edad, como se detalla en la **Tabla 1⁹**.

Tabla 1. Características de la población.

Edad			
EDAD (media)	67,21		
EDAD (mediana)	67 (47-93 años)		
Comorbilidades	Sí (%)	No (%)	Sin datos (%)
HTA	108 (73,5 %)	31 (21 %)	8 (5,5 %)
Cardiopatía isquémica	25 (17 %)	114 (77,5 %)	8 (5,5 %)
ACV	3 (2 %)	136 (92,5 %)	8 (5,5 %)
FA	8 (5,5 %)	131 (89 %)	8 (5,5 %)
Dislipemia	51 (34,5 %)	88 (60 %)	8 (5,5 %)
Diabetes o glicemia alterada en ayuno	27 (18,5 %)	112 (76 %)	8 (5,5 %)
ERC	17 (11,5 %)	122 (83 %)	8 (5,5 %)
Tabaquismo	44 (30 %)	95 (64,5 %)	8 (5,5 %)
Segundo tumor	18 (12 %)	121 (82,5%)	8 (5,5 %)
Uricemia	8 (5,5 %)	131 (89 %)	8 (5,5 %)
AF próstata	7 (5 %)	5 (3 %)	135 (92 %)
AF no próstata	5 (3 %)	4 (2,5 %)	138 (94,5 %)
Segundos tumores			
Riñón	5		
Vejiga	2		
Pene	1		
Hepatocarcinoma	1		
Melanoma	1		
LNH	1		
Testículo	1		
Tiroides	1		

...continuación de la tabla 1.

Segundos tumores		
Colon	1	
CBC	2	
ORL	1	
CBP	1	

HTA: hipertensión arterial. FA: fibrilación auricular. ERC: enfermedad renal crónica. AF: antecedente familiar.

Tabla 2. Características del tumor.

	Localizado	Metastásico
Debut	128 (87 %)	19 (13 %)
Gleason		
3+3	60	0
3+4	24	0
4+3	17	2
4+4	10	0
5	12	12
Cilindros estudiados		
24	3	
12	89	
16	3	
17	2	
18	15	
No corresponde	6	
Sin datos	18	
Menos de 12	11	
PSA al debut		
Localizado	8 (1-110)	
Metastásico	480 (11,64-5.000)	
Paraclínica		
Paraclínica		
TC TAP	116	19
CO	116	19
PET-TC	6	1
Tacto rectal	Número	
No patológicos	8	
Patológicos	80	
Sin datos	59	

La evaluación diagnóstica y de estadificación (presentada en la **tabla 2** se llevó a cabo mediante técnicas convencionales, que incluyeron el tacto rectal (definido como patológico a los descritos con hallazgo de nódulo o adenoma en la historia clínica), la dosificación de PSA y pruebas de imagen, tales como tomografía computada, centellograma óseo y PET-PSMA para aquellos considerados de alto riesgo¹⁰. El nivel de PSA al momento del diagnóstico presentó una media de 8 ng/ml (rango: 1-110) en la población con enfermedad localizada, mientras que en los pacientes con enfermedad metastásica la media fue de 480 ng/ml (rango: 11,64-5.000).

Estos valores reflejan una marcada diferencia entre ambos grupos, lo que destaca la utilidad del PSA como biomarcador para evaluar la extensión de la enfermedad. Se incluyeron medidas de dispersión para proporcionar mayor claridad y precisión sobre la variabilidad observada en los niveles de PSA dentro de cada grupo. Se observó tacto rectal patológico en un 54 %, con patología benigna de la próstata en un 5,4 %, sin datos en el registro para los pacientes restantes.

Todos los pacientes se sometieron a una punción biopsia prostática para confirmar el diagnóstico. En cuanto al valor de Gleason identificado en las muestras de biopsias, se destacó que el 79 % de aquellos con estadios localizados presentó un ISUP 3 (según la clasificación de la Sociedad Internacional de Patología Urológica) o inferior, mientras que, en la enfermedad de debut metastásico, un 63 % se presentó con un ISUP 5^{11,12}.

En relación con los tratamientos realizados en los pacientes con estadio localizado (El al III de TNM) de nuestra cohorte, según lo resuelto en comité de tumores, se describe con base en el criterio clínico de los equipos tratantes, 46 pacientes se sometieron a radioterapia externa, 45 a prostatectomía radical, y 24 fueron incluidos en un protocolo de vigilancia activa (**Tabla 3**).

De los 24 pacientes que optaron por la vigilancia activa, todos presentaban un ISUP 1, con un promedio de PSA de 5 ng/ml y una edad de 65 años (**Tabla 4**). A los dos años, 10 pacientes habían recibido tratamiento

Tabla 3. Tratamientos realizados en pacientes con primario localizado.

Tratamiento primario localizado	
VA	24
RT	46
PR	45
Sin datos	7
Sin tratamiento	1
HT	5
Total	128

Tabla 4. Características de los pacientes que realizaron vigilancia activa.

Perfil	
GLEASON	6 (100 %)
mPSA	5,05 (1,8-19,85)
mEDAD	65

Tabla 5. Tiempo de primera biopsia de los pacientes que recibieron vigilancia activa y tiempo hasta el primer tratamiento.

VA	
De VA Primera biopsia	
1 mes	1
6 meses	2
1 año	10
2 años	2
No cumplieron	5
Sin datos	4
Total	24
Tratamiento posterior a los dos años	10
Enfermedad diseminada	0

posterior, sin observarse recaída metastásica en el momento del corte de datos, (definida como recaída de la enfermedad a nivel ganglionar o en otro órgano lejano a la próstata) (**Tabla 5**). En el grupo de pacientes que recibieron radioterapia (n=46), 32 de ellos se acompañaron de terapia hormonal (HT) agregada. De los 9 que no recibieron HT agregada, 7 presentaban un ISUP 1 y 2 un ISUP 3. La mayoría de los pacientes que utilizaron HT como parte del tratamiento optaron por el plan BAC (agonista LHRH y antiandrógeno); 19 de 32 pacientes lo utilizaron, mientras que 9 realizaron el agonista LHRH en monoterapia.

Recaídas y supervivencia libre de enfermedad

En cuanto a los resultados de los tratamientos, la mediana del nadir de PSA fue de 0,9 para la radioterapia y de 0,02 para la cirugía. Las recaídas bioquímicas o imagenológicas fueron similares para ambos grupos. De los 45 pacientes prostatectomizados, 9 presentaron recaída, de los cuales solo 1 fue metastásica. Para los pacientes que recibieron radioterapia con o sin hormonoterapia, 8 de ellos recayeron, de los cuales 3 lo hicieron de forma metastásica (confirmada imagenológicamente como M1, según TNM) (**Tabla 6**). Al analizar las características de los pacientes que presentaron recaída, se observó que en su mayoría presentaban características histopatológicas de riesgo, como se describe en la **Tabla 7**.

En cuanto a la supervivencia libre de enfermedad (SLE), definida como el tiempo transcurrido desde el primer tratamiento hasta la evidencia bioquímica o imagenológica de recurrencia de la enfermedad, no mostró diferencias significativas entre los tratamientos de radioterapia y prostatectomía radical. La tasa de SLE para estos tratamientos a 5 años fue del 0,82, resultados esperados al compararlos con los estudios de riesgo bajo e intermedio mencionados anteriormente (**Figura 1**).

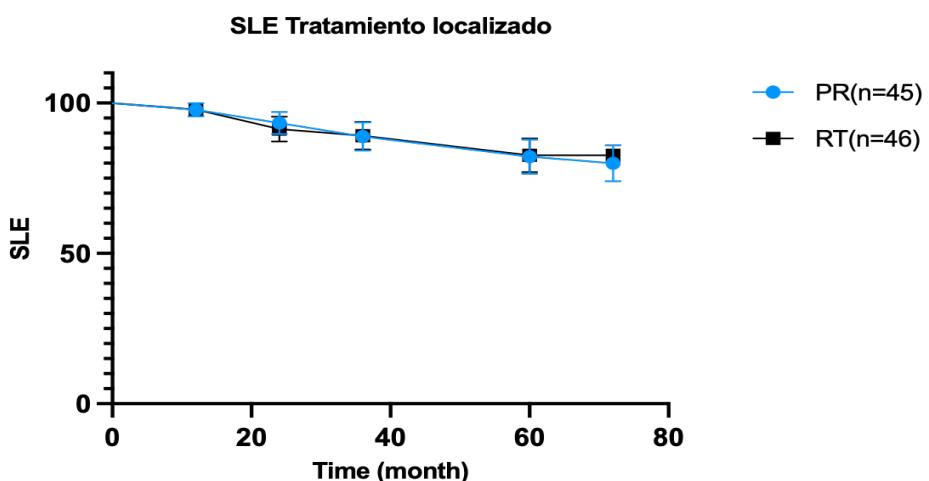
**Figura 1.** SLE en pacientes que recibieron tratamiento en estadio localizado (RT o PR), p=0,7728 (HR 95 % 0,4370 – 3,046).

Tabla 6. Descripción de la recaída tumoral en los pacientes tratados con RT o con prostatectomía.

Recaída	Prostatectomía (N)	Radioterapia (N)
Sí	9	8
No	34	34
Sin datos	2	4
Recaída bioquímica	5	5
Metastásica	1	3

Tabla 7. Características histopatológicas de los pacientes tratados con RT + HT y Prostatectomía que tuvieron recaída metastásica.

Tratamiento	Score Gleason	PSA
RT/HT	8 (4+4)	12,43
RT/HT	7 (3+4)	4,11
RT/HT	10 (5+5)	20
Prostatectomía	7 (3+4)	4,11

Con respecto a la presencia de segundos tumores, 0,12 de los pacientes analizados presentaron diagnóstico de un segundo tumor. Siendo el más frecuente el tumor de riñón –5 casos–, seguido de vejiga y CBC (carcinoma baso celular) –2 casos– (**Tabla 1**).

El conjunto de datos que respalda los resultados de este estudio se encuentra disponible en: <https://drive.google.com/drive/folders/1nUdwT5pdRa8MpjSaQWjtWfumjmGLh50>.

Discusión

El cáncer de próstata, como la neoplasia más prevalente en hombres en Uruguay, subraya la importancia de generar datos que contribuyan a una comprensión más profunda y precisa de esta patología, dada su alta incidencia y relevancia en la salud pública del país. El análisis descriptivo de la población de una mutualista en Montevideo no solo proporciona una visión detallada de la realidad clínica, sino que también nos brinda la oportunidad de contextualizar y contrastar estos datos con los resultados esperados en los ensayos clínicos.

Diversos estudios han explorado el impacto de la discusión de casos en comités de tumores, especialmente en situaciones clínicas complejas. Sin embargo, es crucial destacar que la efectividad de estos comités está intrínsecamente ligada a la presencia de profesionales altamente calificados y experimentados en cada área temática, como se señala en la literatura^{11,12}.

Los resultados obtenidos no solo están condicionados por la participación en estas discusiones, sino también por la calidad de la preparación y selección de casos, el formato y la estructura de las reuniones, la experiencia acumulada, el liderazgo eficiente y las interacciones fluidas entre los profesionales de la salud presentes en dichos comités. Estos elementos juegan un papel esencial en la optimización de la toma de decisiones y, en última instancia, en la calidad de la atención proporcionada.

El primer punto relevante que emerge de nuestros resultados es la mediana de edad de 67 años, alineada

con la literatura y resaltando la importancia de considerar la edad en el diagnóstico y tratamiento. Este hallazgo subraya la necesidad de estrategias adaptadas a la población de pacientes de mayor edad.

La evaluación diagnóstica y de estadificación, mediante técnicas convencionales como el tacto rectal, la dosificación de PSA y pruebas de imagen, revela la complejidad del diagnóstico en este grupo de pacientes. La variabilidad del PSA al debut, con un promedio de 8 ng/ml para la población con enfermedad localizada y 480 ng/ml para aquellos con enfermedad metastásica, subraya la heterogeneidad de la enfermedad y la importancia de estratificarla para una gestión efectiva.

En nuestro estudio, todos los tratamientos evaluados fueron discutidos en un comité de tumores, destacando el rol de esta práctica como parte del proceso de toma de decisiones clínicas y del abordaje terapéutico multidisciplinario, aunque los resultados obtenidos no permiten establecer de manera concluyente su esencialidad o necesidad. La importancia de las discusiones multidisciplinarias en el tratamiento del cáncer de próstata está bien documentada en la literatura científica internacional.

Los estudios han demostrado que un enfoque de equipo multidisciplinario (EMD) mejora la atención al paciente al integrar diversas perspectivas médicas, lo que conduce a mejores decisiones de tratamiento y cumplimiento de las pautas clínicas. Por ejemplo, un estudio publicado en el *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* descubrió que las discusiones dinámicas de EMD mejoraron la satisfacción del paciente, modificaron los planes de tratamiento y aumentaron el cumplimiento de las pautas de tratamiento. Específicamente, los pacientes con cáncer de próstata que participaron en las discusiones de EMD recibieron tratamientos oncológicos oportunos con menor esfuerzo, como mayores modificaciones del plan de tratamiento y mayores tasas de inclusión en ensayos clínicos¹³.

Asimismo, hay datos publicados por el MD Anderson Cancer Center de la Universidad de Texas en donde se indica que los pacientes tratados en una clínica

multidisciplinaria de cáncer de próstata tenían más probabilidades de estar informados sobre las opciones de tratamiento y recibir atención alineada con las pautas basadas en evidencia. Este enfoque integral garantiza que los pacientes conozcan todas las posibles estrategias terapéuticas, equilibrando las ventajas y los efectos secundarios relacionados¹⁴.

Adicionalmente, una revisión en el *Journal of Cancer Education* destacó que los equipos multidisciplinarios abordan los desafíos y las controversias en el tratamiento del cáncer de próstata al brindar una plataforma para la toma de decisiones colaborativa. Este enfoque facilita la atención individualizada del paciente y el desarrollo de planes de tratamiento personalizados¹⁵.

En cuanto a la población analizada, el porcentaje de pacientes con enfermedad metastásica al momento del diagnóstico fue del 13 %, un valor considerablemente superior al reportado en estudios internacionales, que estiman tasas de 5 % - 7 %¹⁶. Este hallazgo podría reflejar diferencias en la implementación de programas de detección temprana, limitaciones en el acceso a la atención médica y factores culturales propios del contexto local. Sin embargo, dado que este estudio se realizó en una población específica, los resultados no pueden extrapolarse a nivel nacional. Es fundamental contar con datos representativos de todo el país para dimensionar adecuadamente esta problemática y desarrollar estrategias eficaces que reduzcan la proporción de diagnósticos en etapas avanzadas.

En cuanto a los tratamientos realizados, la elección entre radioterapia, prostatectomía radical y vigilancia activa sin aleatorización, basada en criterios clínicos, destaca la necesidad de considerar la individualidad de cada paciente. La inclusión de pacientes en protocolos de vigilancia activa presenta un escenario particularmente relevante, donde la totalidad de los casos correspondió a estadios ISUP 1, resaltando la importancia de esta estrategia en pacientes con bajo riesgo. El estudio ProtecT, con un seguimiento a 15 años, evidenció una mortalidad específica por cáncer de próstata baja, independientemente del tratamiento asignado, sin diferencias significativas entre las modalidades terapéuticas, y eso se ve reflejado en este grupo de pacientes analizados⁵.

Acorde con la literatura, para los pacientes con enfermedad localizada categorizados en los grupos de riesgo intermedio, alto o muy alto, el enfoque terapéutico se centra en la prostatectomía radical o la radioterapia, con la adición de hormonoterapia neoadyuvante, concurrente y adyuvante según las características clínico-patológicas. Una limitación de nuestro reporte para poder comprender en mayor profundidad las decisiones terapéuticas del comité de tumores es la falta de clasificación por estadios y riesgo. Estos elementos son clave para definir la mejor estrategia terapéutica

para los pacientes con cáncer de próstata localizado. Aun así, se observa que no hubo diferencias en la SLE entre ambas estrategias de tratamiento.

El análisis detallado del grupo de pacientes que recibieron radioterapia, con 32 de ellos acompañados de terapia hormonal agregada, subraya la diversidad de enfoques terapéuticos. La elección mayoritaria del plan BAC en 19 de 32 casos refuerza la relevancia de la literatura existente que respalda este enfoque, mientras que la presencia de casos con antiandrógenos como monoterapia sugiere la necesidad de evaluaciones más profundas, considerando factores como comorbilidades en la toma de decisiones clínicas¹⁷.

Al explorar las recaídas y la supervivencia libre de enfermedad, se destaca la importancia de la mediana del nadir de PSA, que fue de 0,9 para la radioterapia y 0,02 para la cirugía. Las tasas de recaída bioquímica o imagenológica, aunque similares entre los grupos, revelan la necesidad de una atención continua a pacientes con características histopatológicas de riesgo.

En relación con el dato de segundos tumores que se documentó en nuestra serie, comparado con otras series, es un porcentaje alto, dado que se reportan de 1 % a 4 %. Sin embargo, el número de nuestra muestra es pequeño para sacar conclusiones. Los estudios además analizan principalmente la aparición de segundos tumores vinculados al tratamiento radiante. En esta muestra este dato no es posible de analizar dado que no es un estudio diseñado para este fin^{18,19}.

Finalmente, SLE no mostró diferencias significativas entre los tratamientos de radioterapia y prostatectomía radical. La tasa de SLE a 5 años del 82 % refuerza la eficacia de ambos tratamientos, respaldando nuestros resultados con estudios previos de riesgo bajo e intermedio.

Conclusiones

En conclusión, este análisis proporciona una visión integral del manejo del cáncer de próstata en nuestra población, destacando la importancia de la discusión en comités especializados, la adaptabilidad de los tratamientos a la individualidad de los pacientes y la necesidad de una atención continua en casos de riesgo. Estos hallazgos no solo enriquecen nuestra comprensión de la enfermedad en un contexto local, sino que también contribuyen a la evaluación crítica de nuestras prácticas clínicas, promoviendo una atención más informada y efectiva para los pacientes con cáncer de próstata en Uruguay.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas y aprobado por la dirección del SMI. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado. Se dio cumplimiento con la Declaración de Helsinki y las normativas éticas nacionales (Decreto N.º 158/019). Para garantizar la confidencialidad, los datos clínicos fueron estrictamente anonimizados siguiendo la Ley N.º 18.331 de Protección de Datos Personales, mediante la codificación de identificadores personales y el almacenamiento seguro de la clave de codificación, accesible únicamente al equipo investigador autorizado.

Contribución de los autores

Mathías Jeldres: concepción, discusión, análisis, interpretación de resultados, redacción.

Noelia Silveyra: diseño, interpretación de resultados, redacción y revisión crítica.

Florencia Vitureria: ejecución, revisión crítica.

Ana Laura Alfonso: ejecución, revisión crítica.

Gabriel Krygier: análisis de resultados, revisión crítica.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. IARC Global Cancer Observatory. Prostate Cancer - Statistics. 2020. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis>.
2. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Situación Epidemiológica del Uruguay en relación al Cáncer. 2022. Disponible en: <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Situacion-Epidemiologica-del-Uruguay-en-relacion-al-Cancer-Mayo-2022-uc108>.
3. McLain Kase A, Cook C, Tan W. Progression free survival in patients with castrate resistant metastatic prostate cancer: does sequence matter? *J Clin Oncol* 2018; 36(6): 365. Disponible en: https://doi.org/10.1200/JCO.2018.36.6_suppl.356.
4. 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): 1547-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2214122>.
5. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *JAMA* 1998; 280(11): 969-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.280.11.969>.
6. Software GraphPad Prism versión 9.4.1 (458) Disponible en: <https://www.graphpad.com/updates>.
7. El Saghir NS, Keating NL, Carlson RW, Khouri KE, Fallowfield L. Tumor boards: optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary management of patients with cancer worldwide. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2014; 461-6.
8. Specchia ML, Frisicale EM, Carini E, et al. The impact of tumor board on cancer care: evidence from an umbrella review. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(1): 73.
9. Ministerio de Salud Pública. Programa de Prevención de Enfermedades no transmisibles (PPENT). Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf.
10. Hofman MS, Lawrentschuk N, Francis RJ, Tang C, Vela I, Thomas P, et al. Prostate-specific membrane antigen PET-CT in patients with high-risk prostate cancer before curative-intent surgery or radiotherapy (proPSMA): a prospective, randomised, multicentre study. *Lancet* 2020; 395(10231): 1208-16. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30314-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30314-7).
11. Gleason DF, Mellinger GT. Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. *J Urol* 1974; 111(1): 58-64. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)59889-4](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)59889-4).
12. Epstein JI, Egevad L, Amin MB, Delahunt B, Srigley JR, Humphrey PA. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) consensus conference on Gleason grading of prostatic carcinoma: definition of grading patterns and proposal for a new grading system. *Am J Surg Pathol* 2016; 40(2): 244-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/PAS.0000000000000530>.
13. Zhu S, Chen J, Ni Y, Zhang H, Liu Z, Shen P, et al. Dynamic multidisciplinary team discussions can improve the prognosis of metastatic castration-resistant prostate cancer patients. *Prostate* 2021; 81(11): 721-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pros.24167>.
14. Tang C, Hoffman KE, Allen PK, Gabel M, Schreiber D, Choi S, et al. Contemporary prostate cancer treatment choices in multidisciplinary clinics referenced to national trends. *Cancer* 2020; 126(3): 506-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cncr.32570>.
15. Shore ND, Morgans AK, El Haddad G, Srinivas S, Abramowitz M. Challenges and controversies in the management of prostate cancer with multidisciplinary teams. *Target Oncol* 2022; 17(6): 709-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11523-022-00925-7>.
16. Kamel MH, Khalil MI, Allobua WM, Su J, Davis R. Incidence of metastasis and prostate-specific antigen levels at diagnosis in Gleason 3+4 versus 4+3 prostate cancer. *Urol Ann* 2018; 10(2): 203-08. Disponible en: https://doi.org/10.4103/UA.UA_124_17.
17. Eastham JA, Auffenberg GB, Barocas DA, Chou R, Crispino T, Davis JW, et al. Clinically localized prostate cancer: AUA/ASTRO Guideline. Part III: principles of radiation and future directions. *J Urol* 2022; 208(1): 26-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000002759>.
18. Wallis CJD, Mahar AL, Choo R, Herschorn S, Kodama RT, Shah PS, et al. Second malignancies after radiotherapy for prostate cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016; 352: i851. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.i851>.
19. Aksnessæther BY, Myklebust TÅ, Solberg A, Klepp OH, Skovlund E, Hoff SR, et al. Second cancers in patients with locally advanced prostate cancer randomized to lifelong endocrine treatment with or without radical radiation therapy: long-term follow-up of the Scandinavian prostate cancer group-7 trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2020; 106(4): 706-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2019.11.027>.

Decision-making in prostate cancer: an analysis of the influence and significance of tumor boards in a cohort of patients treated with radiotherapy or prostatectomy

Abstract

Introduction: prostate cancer has the highest incidence among cancers in Uruguay. It is characterized by significant clinical and biological heterogeneity. In localized stages, radical treatments with surgery or radiotherapy, often combined with hormonal therapy, achieve excellent outcomes in most patients. However, there is no national evidence on the outcomes of these treatments. This study retrospectively evaluated the epidemiological characteristics and treatment efficacy in a cohort of patients from a national mutual healthcare institution, as well as the impact of decision-making through tumor boards.

Objectives: to analyze the clinical and epidemiological characteristics and assess treatment efficacy in a cohort of prostate cancer patients managed by the Oncology Department of Servicio Médico Integral (SMI) over a four-year period.

Materials and methods: a descriptive, observational, and retrospective study was conducted based on the review of medical records from 147 patients diagnosed with prostate cancer and treated at SMI.

Results: In this descriptive study, 147 prostate cancer patients were analyzed, emphasizing the multidisciplinary approach to case management. All treatment decisions (100%) were discussed in a tumor board, reflecting an integrated care model. Most patients (87%) presented with localized disease at diagnosis, with a median age of 67 years. Diagnostic evaluations included digital rectal examination, PSA testing, and conventional imaging. Treatment options for localized stages included radiotherapy, radical prostatectomy, and active surveillance, selected based on clinical criteria. A low recurrence rate was observed at two-year follow-up, particularly among patients under active surveillance. Tumor board discussions played a key role in therapeutic decision-making. Five-year disease-free survival (DFS) showed no significant differences between radiotherapy and radical prostatectomy, with an overall rate of 82%. The incidence of second primary tumors was 12%, with kidney cancer being the most common. Age and disease stage influenced both treatment choice and outcomes.

Conclusion: this study highlights the importance of multidisciplinary discussion, the adaptability of treatment approaches, and the need for continuous care in the management of prostate cancer in Uruguay.

Keywords: Cancer. Prostate cancer. Tumor board. Radiotherapy. Hormone therapy. Prostatectomy.

Tomada de decisão no câncer de próstata: uma análise da influência e significado dos comitês de tumores em uma coorte de pacientes tratados com radioterapia ou prostatectomia

Resumo

Introdução: o câncer de próstata é o de maior incidência no Uruguai, caracterizando-se por uma grande heterogeneidade clínica e biológica. Nos estágios localizados, os tratamentos radicais com cirurgia ou radioterapia, associados à terapia hormonal, alcançam excelentes resultados na maioria dos pacientes. No entanto, não há evidências nacionais sobre os resultados desses tratamentos. Neste estudo, foram avaliadas retrospectivamente as características epidemiológicas e a eficácia dos tratamentos em uma coorte de pacientes atendidos em uma instituição mutualista nacional, bem como o impacto da tomada de decisão nos comitês de tumores.

Objetivos: analisar as características clínico-epidemiológicas e realizar uma análise da eficácia dos tratamentos em uma coorte de pacientes com câncer de próstata atendidos no Serviço de Oncologia do Serviço Médico Integral (SMI) ao longo de um período de quatro anos.

Materiais e Métodos: foi realizado um estudo descritivo, observacional e retrospectivo, com base na revisão dos prontuários de 147 pacientes diagnosticados com câncer de próstata atendidos no SMI.

Resultados: Neste estudo descritivo, foram analisados 147 pacientes com câncer de próstata, com destaque para a abordagem multidisciplinar na condução dos casos. Todos os tratamentos (100%) foram discutidos em comitês de tumores, evidenciando uma prática assistencial integrada. A maioria dos pacientes (87%) apresentava a doença em estágios localizados no momento do diagnóstico, com mediana de idade de 67 anos. As avaliações diagnósticas incluíram o exame digital retal, dosagem de PSA e exames de imagem convencionais. Os tratamentos para estágios localizados variaram entre radioterapia, prostatectomia radical e vigilância ativa, sendo escolhidos conforme critérios clínicos. Observou-se uma baixa taxa de recidiva no acompanhamento de dois anos, especialmente entre os pacientes sob vigilância ativa. A discussão dos casos em comitês especializados foi essencial para a tomada de decisão terapêutica. A sobrevida livre de doença (SLD) em cinco anos não apresentou diferenças significativas entre radioterapia e prostatectomia radical, com uma taxa de 82%. A incidência de segundos tumores foi de 12%, sendo o mais comum o tumor renal. A idade e o estágio da doença influenciaram na escolha do tratamento e nos desfechos.

Conclusão: este estudo ressalta a importância da discussão multidisciplinar, da adaptabilidade das abordagens terapêuticas e da necessidade de um acompanhamento contínuo no tratamento do câncer de próstata no Uruguai.

Palavras-chave: Câncer. Câncer de próstata. Comitê de tumores. Radioterapia. Hormonoterapia. Prostatectomia.