



## REVISIÓN DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE NO METASTÁSICO ALTO RIESGO A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez-Matamoros Piazza, María del Valle; Claramunt García, Raquel; Sánchez Casanueva, Tomás

### INTRODUCCIÓN

En el CPHSnm de alto riesgo el tratamiento inicial → **radioterapia/cirugía**.  
La mayoría de las recidivas de la enfermedad ≈ primeros 5 primeros años.  
Se detecta por ↑ PSA y sin detectar lesiones en pruebas de imagen convencionales = **recidiva o fallo bioquímico**.

### OBJETIVO

Revisar el manejo actual del CPHSnm con alto riesgo de recidiva a propósito de un caso.

### MATERIAL Y MÉTODOS

- Varón, 75 años
- CA próstata de alto riesgo Gleason 9 score 5+4
- PSA al diagnóstico: 6.87ng/ml.
- Prostatectomía radical (2020) y radioterapia en lecho quirúrgico.
- Durante el seguimiento → estudio de extensión negativo.
- Aumento progresivo de PSA (mayo 2023). Último PSA 2.94 ng/dl (enero 2024) previo PSA 1.24 ng/dl (septiembre 2023).
- Tiempo de duplicidad <4 meses y velocidad 0.13 ng/ml/mes.

### RESULTADOS

- Guías de SEOM y AUA/SUO 2023 → radioterapia de rescate, cirugía o terapia ablativa de rescate, hormonoterapia/observación, inclusión en ensayo clínico.
- Inicio precoz de TDA solo se recomienda en: pacientes alto riesgo con tiempo de duplicación de PSA muy corto (antes de que PSA supere 5-10 ng/ml).
- Ensayo en curso EMBARK: características de la población a estudio similares al paciente del caso. Ensayo fase III, ciego y aleatorizado (1:1:1). Brazos: Enzalutamida+TDA, TDA, enzalutamida. Variable principal del estudio fue supervivencia libre de metástasis (SLM). SLM a 5 años fue del 87,3% (IC del 95%, 83,0 a 90,6) en el grupo combinado y 71,4% (95% IC, 65,7 a 76,3) en el grupo de leuprolida. HR obtenido fue de 0,42 (IC del 95 %, 0,30 a 0,61; P <0,001). Datos de SG son inmaduros (solo un 12% de eventos). Seguridad: >97% en todos los grupos tuvieron un EA. El tratamiento se interrumpió debido a EA 20,7% grupo combinación, 10,2% grupo leuprolida, y 17,8% grupo enzalutamida. El HR es mejor que el estimado como objetivo (HR 0,58 frente a HR 0,42).
- Según la escala de magnitud de beneficio clínico de ESMO se clasificaría con un valor 3, que considerando una relevancia máxima el 5 y mínima el 1, se consideraría una diferencia modesta.

### CONCLUSIONES

El ensayo EMBARK tiene todavía datos inmaduros, se prevén nuevas actualizaciones y completar el ensayo para 2026. Por lo que la práctica se basaría en las guías actuales que recomiendan: observación, iniciar tratamiento con TDA o incluir al paciente en un ensayo clínico con un seguimiento estrecho, reevaluando el estadiaje del paciente periódicamente.

