

P11) METASTASECTOMÍA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN OLIGOMETASTÁSICO

Rojas, J¹; Bonomo Miranda, C¹; Donoso Vásquez, R¹; Menchaca Cruzat, R¹; Testa Sklofsky, I¹; Narváez Fuentes, P¹; Domínguez Argomedeo, R¹; Duran García, L¹; Acuña Madrid, J¹; Orellana Salinas, N¹; Hassi Roman, M¹.

¹Hospital DIPRECA, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: El término de cáncer de próstata oligometastático (CPom) es variable. Sin embargo, hay un consenso en definirlo como la presencia de hasta 5 lesiones metastásicas, en estudio de diseminación convencional. Existe en la literatura, evidencia sobre el tratamiento de las metástasis y mejoría en el pronóstico oncológico.

CASO CLÍNICO: Paciente 64 años sin comorbilidades. En Diciembre del 2013, se pesquiza PSA de 6,18, tacto rectal normal. Biopsia transrectal informa: Adenocarcinoma Gl 6 (3+3). Cintigrama óseo negativo para metástasis. Se realiza prostatectomía radical retro-púbica. Biopsia informa: adenocarcinoma Gl 7 (3+4), vesículas seminales (+) y margen quirúrgico (+); pT3bNxM0. RNM de pelvis informan adenopatías ilíacas externas derechas. Se decidió bloqueo hormonal, junto a Radioterapia pélvica. En controles posteriores PSA nadir de < 0,03 con testosterona 21,1.

Año 2018, presenta ascenso de PSA hasta 3,93 con testosterona de 13,6. Se realiza PET PSMA que informa lesión única de 27 x 22 mm en relación a bifurcación aórtica. Se decide resección de adenopatía retroperitoneal, vía laparoscópica. Biopsia informó: Metástasis linfonodal de adenocarcinoma prostático. PSA postoperatorio de 0,04 y posteriormente PSA indetectable por dos años. En seguimiento, se evidencia ascenso de PSA hasta 0,68 en marzo 2020; se re-etapifica con PET PSMA informando adenopatía preaórtica distal de 8 x 12 mm hipercaptante. Se decide tratamiento con radioterapia(Rt) a foco hipercaptante. Con buena respuesta, PSA de 0,12 a 2 meses de la radioterapia, con testosterona en rango de bloqueo.

DISCUSIÓN: La prevalencia del CPom se encuentra en aumento, gracias al uso de imágenes más sensibles. Estas imágenes, nos lleva a replantear la definición y el momento de actuar en esta etapa. Nuevas estrategias de manejo surgen año a año, posicionando la Rt o la cirugía como una opción válida. Creemos que en casos seleccionados, se debe realizar terapia sobre la metástasis. Como presentamos, la cirugía, le otorgó dos años de sensibilidad a la hormonoterapia a nuestro paciente y esperamos que luego de la Rt a la nueva lesión, el PSA vuelva a estar indetectable.