



Hypofractionated, Dose-Escalated Radiation Versus Conventionally Fractionated Radiation for Localized Prostate Cancer: Long-Term Update of a Phase III, Prospective, Randomized Controlled Trial

El cáncer de próstata es uno de los tumores más frecuentes en varones y en estadios localizados suele tratarse con radioterapia. Desde mediados de la década de los 2000 se han implementado esquemas de tratamiento hipofraccionados, caracterizados por dosis mayores por sesión y tratamientos de menor duración.

¿Qué aporta este estudio?

Este ensayo clínico fase III proporciona evidencia de seguimiento a 13 años sobre la eficacia y toxicidad de un esquema hipofraccionado de radioterapia externa con dosis de escalada (HIMRT) versus un esquema fraccionado convencional (CIMRT). En este estudio con resultados a largo plazo destaca una reducción persistente en las recaídas en el grupo de dosis escalada y confirma que dicho esquema no aumenta la toxicidad a largo plazo. Posicionándolo como un esquema de radioterapia externa eficaz y seguro.

Material y métodos

Ensayo clínico fase III, prospectivo, aleatorizado, unicéntrico (MD Anderson).

Pacientes

Población: hombres con adenocarcinoma de próstata localizado (T1b-T3b), PSA <20 ng/mL, Gleason <10, sin metástasis. Se incluyeron paciente de riesgo bajo e intermedio.

El 24% recibió terapia de deprivación androgénica (ADT).

Incluidos un total de 206 pacientes, 104 en el grupo HIMRT (50,48%) y 102 pacientes el grupo CIMRT (49,52%).

Los grupos se encontraban bien balanceados.

Diseño del ensayo

En este estudio se compararon 2 grupos, diferenciándose en el esquema de dosis de radioterapia externa recibido. En ambos grupos el tratamiento fue planificado mediante radioterapia de intensidad modulada (IMRT).

En el grupo donde se aplicó fraccionamiento convencional, los pacientes recibían tratamiento con un total de 75.6 Gy en 42 fracciones de 1.8 Gy (8.4 semanas).

En el grupo en el que se aplicó el hipofraccionamiento con refuerzo de dosis, los pacientes recibían tratamiento con un total de 72 Gy en 30 fracciones de 2.4 Gy (6 semanas).

Resultados

El objetivo principal era detectar el fallo de tratamiento. El tiempo de fallo se calculó desde el inicio de la radioterapia. Se definió como fallo de tratamiento cualquiera de los siguientes eventos:

- Fallo bioquímico según criterio Phoenix: PSA nadir + 2 ng/mL
- Inicio de terapia de rescate (por ejemplo, terapia hormonal)

Con respecto a los resultados, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, aunque la tendencia era favorable hacía el grupo HIMRT.

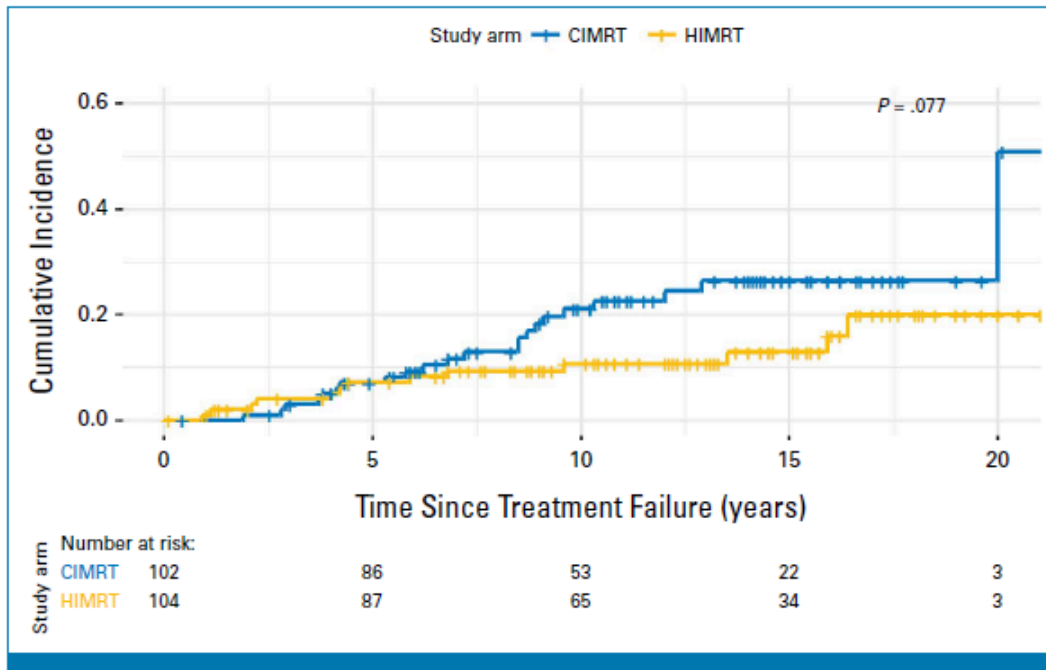


FIG 1. Cumulative incidence of treatment failure. CIMRT, conventionally fractionated intensity-modulated radiation therapy; HIMRT, hypofractionated intensity-modulated radiation therapy.

En el análisis por subgrupos, sí hay diferencias significativas en los pacientes que no recibieron ADT.

- HIMRT 13% vs CIMRT 26%. $P = 0.04$

En los pacientes que sí recibieron ADT, las tasas fueron bajas y similares. Sin diferencias

- HIMRT 4,2% vs CIMRT 4,4%. $P = 0.4$.

Con respecto al nivel de PSA, a pesar de que en la publicación inicial se describían diferencias, actualmente no se encuentran. HIMRT mostró mejores resultados que CIMRT en ambos niveles de PSA (menor o superior a 10) pero la significación estadística se perdió en este análisis de seguimiento más prolongado.

Como objetivos secundarios se estudió la supervivencia global, la tasa de metástasis a distancia, la toxicidad gastrointestinal tardía Grado 2 o mayor a 10 años (escala

RTOG) y la toxicidad genitourinaria tardía Grado 2 o mayor a 10 años (escala RTOG). Sin encontrar diferencias en ninguno de dichos aspectos.

Conclusiones

Este esquema hipofraccionado presenta una menor tasa de fallo del tratamiento, especialmente en pacientes que no recibieron ADT, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas en la población global. La toxicidad tardía genitourinaria y gastrointestinal es comparable entre ambos grupos. Estos hallazgos respaldan el uso del hipofraccionamiento en cáncer de próstata localizado.

Dra. Laura Cardoso

H.U. Cáceres.

Patrocina:

GORC

Grupo de Oncología Radioterápica Zona
Centro.

C/ Rios Rosas, 44 A Portal A, 28003, Madrid,
España.

¿Quieres dejar de recibir estos correos
electrónicos?

[Darse de baja](#)

