

Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica



20° BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO DIGITAL

ABRIL 2025



Año 10 - Nro. 20 – Marzo 2025

Boletín Bibliográfico

ÍNDICE

Carta Editorial	1
Comisión Directiva SATRO 2024-2025	2
<u>Cáncer de Mama</u>	
Terapia endocrina como única modalidad versus RT después de cirugía conservadora en mujeres ≥ 70 años con cáncer de mama en estadio temprano tipo luminal A (EUROPA): un análisis Intermedio pre-planificado de un ensayo Fase 3, aleatorizado y de no inferioridad.	3
Cirugía Axilar en Cáncer de Mama. Resultados Primarios de INSEMA.	4
Eficacia de la radioterapia para metástasis ósea en pacientes con cáncer de mama tratados con inhibidores de la quinasa dependiente de ciclina 4/6.	5
<u>Cáncer de Pulmón</u>	
Radioterapia Estereotáctica vs. Radioterapia Hipofraccionada en Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas Inoperable en Estadio I: Ensayo Clínico Aleatorizado Fase 3 LUSTRE.	6
<u>Cáncer Gastrointestinal</u>	
Radioterapia para el cáncer de recto: Actualización enfocada de la guía de práctica clínica de ASTRO".	7 8
Radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) versus sorafenib en carcinoma hepatocelular. Ensayo clínico aleatorizado fase 3 NRG Oncology/RTOG 1112.	9 10
<u>Cáncer de Próstata</u>	
Eficacia y seguridad de la radioterapia prostática en cáncer de próstata metastásico de novo sensible a la castración (PEACE-1): un estudio multicéntrico, abierto, aleatorizado, fase 3 con diseño factorial 2×2 .	11
Radioterapia corporal estereotáctica con BOOST en cáncer de próstata de riesgo intermedio y alto: eficacia y toxicidad a 5 años del ensayo HYPO FLAME.	12 13
PEACE V: Tratamiento de Rescate de Metástasis ganglionares de cáncer de próstata Oligorrecurrente (STORM): Toxicidad Aguda de un Ensayo Aleatorizado de Fase 2.	14
Prostatectomía radical Versus Radioterapia estereotáctica en cáncer de próstata clínicamente localizado: Resultados del ensayo randomizado PACE-A	15
Acerca de SATRO	18 19

Carta Editorial

Estimados colegas y profesionales en oncología, nos complace presentar la última edición de nuestro Boletín Bibliográfico de Actualización en Tratamiento Radiante Oncológico. En un campo que evoluciona rápidamente, la necesidad de mantenerse al día con los últimos avances y hallazgos es más crucial que nunca. Este boletín tiene como objetivo proporcionar una plataforma que compile y resuma información relevante, investigaciones recientes y progresos significativos en el área del tratamiento radiante. En esta edición, hemos abordado aspectos fundamentales del tratamiento con radioterapia, desde las técnicas más innovadoras hasta los enfoques más eficaces en la gestión de efectos secundarios. Además, hemos incluido artículos que analizan la integración de la tecnología de punta, como la radioterapia dirigida y su inclusión en la práctica clínica cotidiana. También recordarles nuestros eventos de este año:

- 1) 23 al 25 de abril 10° Curso de Actualización en Protección Radiológica, modalidad virtual por ZOOM.
- 2) 16 y 17 de Mayo Primer Simposio de Oncología Clínica y Radiante, en el Hotel Sheraton de Tucumán.
- 3) 7 de Agosto RT CHICAGO 2025 presencial en la sede de la Asociación Médica Argentina.

Agradecemos sinceramente a nuestros colaboradores y autores por sus valiosas contribuciones, así como a nuestros lectores por su continuo interés en la mejora de la atención oncológica. Esperamos que este boletín no solo informe, sino que también inspire a cada uno de ustedes a seguir promoviendo la excelencia en el tratamiento de nuestros pacientes. Quedamos a su disposición para recibir sugerencias y comentarios que nos ayuden a mejorar futuras ediciones.

Juntos, seguimos avanzando en el camino hacia un manejo más efectivo y humano del cáncer.



A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Palazzo', set against a light, textured background.

Dr. Jorge Palazzo
Presidente SATRO





Comisión Directiva SATRO 2024-2025

Presidente

Dr. Jorge Palazzo

Vicepresidente

Dr. José Máximo Barros

Secretaria General

Dra. Vanesa Krakobsky

Secretario de Actas

Dr. Ignacio Sisamón

Prosecretario

Dr. Miguel Castiglioni

Tesorera

Dra. Patricia Bruno

Protesorero

Dr. Oscar Gómez Orrego

Vocales Titulares

Dra. Luisa Rafailovici

Dr. Lucas Causa

Dra. Cecilia Coll

Dra. Claudia De Angelis

Dr. Marcelo Andrade Irusta

Dr. Carlos Donoso

Vocales Suplentes

Dr. Javier Otero

Dr. Mauro Mattio

Dra. María José Girola

Dra. Luz Font

Dr. Juan Galarraga

Dra. Ofelia Pérez Conci

Órgano de Fiscalización

Revisores de Cuentas Titulares

Dr. Emilio Astiz

Dr. Emiliano Lissandrello

Revisores de Cuentas Suplentes

Dr. José Alejandro Capraro

Comité de Ética

Dra. Ana Mabel Martínez

Dr. Ricardo Alva

Dr. Hugo Donato

Dr. Carlos Cardiello

Comité Científico

Dra. Luisa Rafailovici

Dra. María Luisa Filomia

Dra. Mabel Sardi

Dr. Gustavo Ferraris

Comité Editorial

Dra. Carolina Chacón

Dr. Ariel Gómez Palacios

Dra. Luz Font

Dra. Ofelia Pérez Conci

Terapia endocrina como única modalidad versus RT después de cirugía conservadora en mujeres ≥ 70 años con cáncer de mama en estadio temprano tipo luminal A (EUROPA): un análisis Intermedio pre-planificado de un ensayo Fase 3, aleatorizado y de no inferioridad.



Dra. Ana Faime Raies Miranda
Centro de Radioterapia Dean Funes
Córdoba, Argentina
Resumen y Comentarios

Single-modality endocrine therapy versus radiotherapy after breast-conserving surgery in women aged 70 years and older with luminal A-like early breast cancer (EUROPA): a preplanned interim analysis of a phase 3, non-inferiority, randomised trial.

Icro Meattini, et al. University of Florence, Italy.

Lancet Oncol 2024, Published Online, December 12.

El ensayo clínico fase 3, aleatorizado y de no inferioridad, EUROPA, investigó la terapia óptima posterior a la cirugía conservadora de mama en mujeres de 70 años o más con cáncer de mama temprano tipo luminal A.

Objetivos: Comparar los efectos de la radioterapia (RT) y la terapia endocrina (ET) como tratamientos únicos en la calidad de vida relacionada con la salud (HR-QoL) y la recurrencia tumoral en la mama ipsilateral (IBTR).

Materiales y Métodos: El estudio se realizó en 18 hospitales de Italia y Eslovenia e incluyó mujeres de 70 años o más con cáncer de mama en estadio I luminal A, sometidas a cirugía conservadora y con estado funcional ECOG 0-1. Fueron asignadas aleatoriamente 1:1 para recibir ET o RT como único tratamiento. La ET consistió en inhibidores de aromatasa o tamoxifeno por 5-10 años. La RT se administró en 5-15 fracciones, con irradiación parcial o total.

Se evaluó el cambio en HR-QoL mediante la escala de estado de salud global (GHS) del cuestionario EORTC QLQ-C30 a 24 meses, y IBTR a 5 años (aún no reportadas). Este análisis pre-planificado se realizó tras la evaluación GHS en 152 pacientes.

Resultados: Entre marzo 2021 y junio 2024, se asignaron 731 mujeres (RT: 365; ET: 366). Este análisis incluyó 207 pacientes (RT: 104; ET: 103) con una mediana de seguimiento de 23,9 meses. La mediana de edad fue de 75 años en RT y 74 en ET. Completaron la evaluación de HR-QoL 86 pacientes en RT y 75 en ET. La puntuación media de GHS fue de 71,9 en RT y 75,5 en ET.

A los 24 meses, el cambio medio en GHS fue de -3,40 (IC 95%: -7,82 a 1,03; $p=0,13$) en RT y -9,79 (-14,45 a -5,13; $p<0,0001$) en ET, con una diferencia media de 6,39 (0,14 a 12,65; $p=0,045$) a favor de la RT.

Los eventos adversos fueron menos frecuentes en RT (65/97; 67%) que en ET (76/89; 85%). En ET, los eventos adversos de grado 3-4 incluyeron artralgia (7%), prolapso de órganos pélvicos (3%), fatiga, sofocos, mialgia, dolor óseo y fracturas (2% cada uno).

Conclusiones: La ET se asoció con una mayor reducción en la HR-QoL en comparación con la RT a los 24 meses. Aunque estos resultados interinos sugieren que la RT podría preservar mejor la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres mayores con cáncer de mama temprano de bajo riesgo, se requieren más datos sobre el control de la enfermedad para extraer conclusiones definitivas.

Comentarios: Estos hallazgos coinciden con los estudios LUMINA, PRIME II y CALGB C9343. LUMINA demostró bajas tasas de recurrencia local sin RT en pacientes con perfil genómico favorable. PRIME II encontró un ligero aumento en la recurrencia local sin RT, pero sin impacto en la supervivencia general. CALGB C9343 mostró que, aunque la RT redujo la recurrencia local, no mejoró la supervivencia global en mujeres de 70 años tratadas con tamoxifeno. Estos estudios, junto con EUROPA, refuerzan la discusión sobre la personalización del tratamiento en esta población.



Dra. Leticia Alvarado
Hope International,
Centro de Radioterapia
Guatemala, Guatemala
Resumen y Comentarios

Cirugía Axilar en Cáncer de Mama. Resultados Primarios de INSEMA.

Axillary Surgery in Breast Cancer. Primary Results of the INSEMA Trial.

T. Reimer, et al. University of Rostock, Rostock, Germany.
NEJM; Publicado online Dic 12, 2024.

Objetivos: La cirugía axilar impacta la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama, reportándose más síntomas en mama y miembro superior (MS), en pacientes sometidas a biopsia de ganglio centinela (GC). El objetivo primario de INSEMA era demostrar la no inferioridad de la omisión de cirugía axilar frente al GC, en pacientes con cáncer de mama temprano, en términos de sobrevida libre de enfermedad (SLE).

Materiales y Métodos: Este ensayo prospectivo, de no inferioridad, incluyó pacientes con cáncer de mama invasivo, T1 o T2, cN0 por ultrasonido axilar, tratadas con cirugía conservadora y radioterapia. Se aleatorizaron a dos ramas (1:4); omisión de cirugía axilar vs GC. Las pacientes con GC positivo tuvieron 2da aleatorización (1:1); disección axilar vs omisión de disección axilar. No se irradió axila, excepto en pacientes pN2 en la rama de disección. Para demostrar la no inferioridad de omitir cirugía axilar, se calculó que SLE a 5 años debía ser al menos 85%, y el límite superior del intervalo de confianza (IC) para hazard ratio (HR) de enfermedad invasiva o muerte, debía ser <1.271. Se pautó un primer análisis de resultados al registrarse 851 eventos, o a 5.5 años de seguimiento del último paciente reclutado. Estos son los resultados de la primera aleatorización.

Resultados: Entre 2015 y 2019, se reclutaron 5502 pacientes en 142 centros alemanes y 9 austriacos. La población por protocolo incluyó 4858 pacientes; 962 en la rama omisión cirugía axilar y 3896 en la rama GC. Edad media 62 años, cT1 (90%), pT1 (79%), pN0 (85%), en ambas ramas >90% subtipo Luminal.

Luego de 73.6 meses de seguimiento medio, la SLE a 5 años fue 91.9% (IC 95%, 89.9 a 93.5) para omisión de cirugía axilar, y 91.7% (IC 95%, 90.8 a 92.6) para GC, con un HR 0.91 (IC 95%, 0.73 a 1.14) por debajo del margen de no inferioridad preespecificado. Solo se registraron 525 eventos, con diferencias aparentes entre omisión de cirugía axilar y GC, en recurrencia axilar (1.0% vs 0.3%) y muerte (1.4% vs 2.4%). Se registró menor incidencia de linfedema (1.8% vs 5.7%), menor dolor al movimiento de MS (2% vs 4.2%) y mejor movilidad de MS (3.5% vs 2%) en quienes se omitió GC.

Conclusiones: Luego de un seguimiento medio de 6 años, la omisión de cirugía axilar, demostró no ser inferior a GC, en pacientes con cáncer de mama temprano.

Comentarios: En la era de de-escalación quirúrgica, INSEMA aporta evidencia robusta que respalda la omisión de GC en cáncer de mama temprano y de bajo riesgo; >50 años, cT1, cN0, Luminal.

Será interesante evaluar los resultados reportados por pacientes y la dosis incidental axilar, que serán presentados en el análisis de la segunda aleatorización.

Eficacia de la radioterapia para metástasis ósea en pacientes con cáncer de mama tratados con inhibidores de la quinasa dependiente de ciclina 4/6



Dra. Ana Rocío Soraluze
Terapia Radiante Red CIO,
La Plata, Buenos Aires, Argentina
Resumen y Comentarios

Efficacy of radiotherapy for bone metastasis in breast cancer patients treated with cyclin-dependent kinase 4/6 inhibitors

Marcin Kubeczko, et al. Maria Sklodowska-Curie National Research Institute of Oncology, Gliwice, Poland
Radiotherapy and Oncology 202 (2025) 110639

Objetivos: Evaluar la eficacia de la radioterapia (RT) en pacientes con cáncer de mama metastásico óseo ER+/HER2- tratados con inhibidores de CDK4/6.

Materiales y Métodos: Se analizaron a 398 pacientes (pt.) con cáncer de mama ER-positivo y HER2-negativo con metástasis óseas tratadas con inhibidores de CDK4/6 entre 2018 y 2024. El criterio principal de valoración fue la supervivencia libre de progresión (SLP) a dos años y el secundario fue la supervivencia global (SG) y el control local (CL) a tres años. Se emplearon los criterios de evaluación de respuesta en tumores sólidos versión 1.1 (RECIST v. 1.1) para valorar la respuesta al tratamiento. La SLP, la SG y el CL se calcularon con el método de Kaplan-Meier. La toxicidad se evaluó de acuerdo al NCI CTCAE, v.5.0.

Resultados: De 114 pt. que recibieron 177 RT óseas; de éstos, 68 pacientes recibieron 103 radioterapias simultáneamente con CDK4/6i, mientras que 74 radioterapias en 46 pacientes se administraron dentro de los seis meses previos al inicio de CDK4/6i. No se observaron diferencias significativas entre los grupos de RT simultánea y previa en términos de SLP, GL y CL. La indicación principal de la mayoría de las RT fue el dolor óseo (146 pt., 82,5 %). La mediana de SLP en los pt. que recibieron RT ósea fue de 31,0 meses, frente a 26,3 meses en pt. que no recibieron RT ósea. La SLP a dos años de los pacientes que recibieron RT ósea fue del 57,1 % [IC del 95%: 46,3-66,6 %] frente al 53,2% [IC del 95%: 46,3-5,6%] en pacientes no irradiados (p = 0,51). La mediana de SG de los pt. que recibieron RT ósea fue de 49,1 meses, frente a 40,5 meses en pacientes sin RT ósea.

La SG a tres años de los pacientes con RT ósea fue del 63,7 % [IC del 95 %: 51,5-73,5 %] frente al 55,0 % [IC del 95 %: 46,6-62,6 %] de los pacientes sin RT ósea (p= 0.50). El CL a tres años para los pacientes irradiados fue del 86,9 % [IC del 95%: 72,2-94,1 %]. La mayoría de los p experimentaron neutropenia (379 pt., 95,2 %), incluyendo neutropenia de alto grado (G3-4) en el 43,2 %. Se reportó anemia en 275 pt. (69,1 %), predominantemente de grado G1. Se observó trombocitopenia en 20 pt. (5,1%). La adición de RT no incrementó la incidencia ni la gravedad de la mielotoxicidad. Las tasas de neutropenia, anemia y trombocitopenia se mantuvieron constantes independientemente de la administración de RT.

Conclusiones: Este estudio constituye la mayor cohorte publicada hasta la fecha de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama avanzado con receptor de estrógeno positivo y HER2 negativo que recibieron iCDK4/6 en combinación con radioterapia dirigida al hueso. La radioterapia ósea sigue siendo una modalidad de tratamiento eficaz para los pacientes que reciben CDK4/6i. Nuestros hallazgos sugieren que la administración de RT durante la terapia con CDK4/6i no compromete la eficacia de CDK4/6i ni aumenta la toxicidad. La radioterapia puede mejorar la calidad de vida al aliviar el dolor óseo.

Comentarios: Los resultados resaltan la importancia de la RT como complemento en el tratamiento de metástasis ósea. La combinación de RT con CDK4/6i sigue siendo un área de investigación prometedora.



Dra. Delfina Batisti
Hospital Alemán,
VIDT Oncología Radiante
CABA, Argentina
Resumen y Comentarios

Radioterapia Estereotáctica vs. Radioterapia Hipofraccionada en Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas Inoperable en Estadio I: Ensayo Clínico Aleatorizado Fase 3 LUSTRE.

Stereotactic vs Hypofractionated Radiotherapy for Inoperable Stage I Non-Small Cell Lung Cancer: The LUSTRE Phase 3 Randomized Clinical Trial

Anand Swaminath, et al. McMaster University, Hamilton, Canada.
JAMA Oncology. Publicado on line, 19 de septiembre de 2024.

Objetivos: Evaluar si la radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) mejora el control local (LC) en comparación con la radioterapia convencional hipofraccionada en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) estadio I inoperable.

Materiales y Métodos: Ensayo clínico aleatorizado fase 3, realizado en 16 centros en Canadá entre mayo de 2014 y enero de 2020. Se incluyeron 233 pacientes con NSCLC inoperable (≤ 5 cm), asignados aleatoriamente en una proporción 2:1 a recibir:

- 1) SBRT: 48 Gy en 4 fracciones en días alternos para tumores periféricos o 60 Gy en 8 fracciones diarias para tumores centrales.
- 2) RT hipofraccionada: 60 Gy en 15 fracciones diarias.

El criterio de valoración principal fue el control local a los 3 años. También se evaluaron supervivencia libre de eventos, supervivencia global y efectos adversos.

Resultados: De los 233 pacientes, 154 recibieron SBRT y 79 RT hipofraccionada.

- Control local: la tasa de control local a 3 años fue 87,6% para SBRT y 81,2% para RT hipofraccionada ($p=0,15$). Sin diferencia estadísticamente significativa.

- Supervivencia: No se observaron diferencias significativas en la supervivencia libre de eventos ($p=0,87$) ni en la supervivencia global ($p=0,40$).

- Toxicidad: La toxicidad aguda fue mínima. La toxicidad tardía grado 3-4 ocurrió en 11% de los casos con tumores centrales tratados con SBRT y 5% con RT hipofraccionada. Un paciente con tumor ultracentral tratado con SBRT presentó hemoptisis grado 5.

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas en el control local entre SBRT y RT hipofraccionada en pacientes con NSCLC inoperable en estadio I. Ambos tratamientos fueron bien tolerados, con toxicidad limitada incluso en tumores centrales. Se requiere más investigación para determinar si SBRT es superior en estos casos.

Comentarios: La radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) se considera estándar de tratamiento para NSCLC temprano inoperable. Su capacidad de administrar dosis ablativas en pocas fracciones y mínima toxicidad a tejidos sanos ha permitido mejorar las tasas de control tumoral con una menor carga para el paciente en comparación con los esquemas de radioterapia convencional. Su implementación ha reducido la necesidad de tratamientos prolongados y ha permitido tratar a poblaciones frágiles con menor impacto en la calidad de vida. Los resultados de este artículo refuerzan la evidencia de que la SBRT puede competir directamente con la radioterapia hipofraccionada, especialmente en tumores periféricos. Sin embargo, en tumores centrales y ultracentrales, donde la toxicidad puede ser significativa, se sugiere la necesidad de un abordaje individualizado y una evaluación más detallada de los esquemas de fraccionamiento.

Radioterapia para el cáncer de recto: Actualización enfocada de la guía de práctica clínica de ASTRO” (Parte 1)



Radiation Therapy for Rectal Cancer: An ASTRO Clinical Practice Guideline Focused Update

Jennifer Y. Wo, et al. Massachusetts General Hospital, Boston, USA
Practical Radiation Oncology (2024) Article in Press November 25

Dra. Belén Raiden
Centro de Radioterapia Dean Funes
Córdoba, Argentina
Resumen y Comentarios

Introducción: La Sociedad Americana de Oncología Radioterápica (ASTRO) ha actualizado sus directrices sobre la radioterapia en el tratamiento del cáncer de recto. El documento analiza los nuevos enfoques para la terapia neoadyuvante y su secuenciación con la terapia sistémica en el contexto de la terapia neoadyuvante total (TNT). También aborda la posibilidad de omitir la radioterapia o la cirugía en ciertos casos seleccionados.

KQ1: Indicaciones para la radioterapia neoadyuvante:

- Se recomienda **radioterapia neoadyuvante** en pacientes con cáncer de recto en estadio II-III, dado que los estudios German Rectal Cancer Trial, y Dutch TME Trial demostraron reducción de la recurrencia local.
- En pacientes de **bajo riesgo de recurrencia local** (cT2 o cT3a/b >5 cm del margen anal, margen de resección circunferencial libre \geq 2 mm, sin invasión vascular extramural y con <4 ganglios positivos), la omisión de radioterapia es una opción válida cuando se alcanza buena respuesta (>20%) a quimioterapia neoadyuvante (FOLFOX) como se observó en ensayo PROSPECT (Schrage et al., 2023). En ensayo OCUM (Fokas et al., 2019, 2022), cirugía inicial con TME en pacientes seleccionados (MRC limpio, excluyente T4 y recto bajo) podría ser otra opción ya que se reportaron tasas de recurrencia del 3%.
- En pacientes con **MSI-H/MMRd**, la inmunoterapia ha demostrado tasas de respuesta completa (pCR), permitiendo omitir la radioterapia y la cirugía. Según el estudio Dostarlimab Trial (Cercek et al., 2022), aunque se trató de una muestra reducida, todos los pacientes alcanzaron pCR en 2 años de seguimiento.
- La **preservación del esfínter** es un objetivo clave para mejorar la calidad de vida de muchos pacientes.

Aunque algunos prefieren evitar la toxicidad de la radioterapia, otros priorizan evitar la cirugía. El estudio OPRA ha reforzado la evidencia a favor del manejo no quirúrgico (NOM) en pacientes que logran pCR después TNT. Para pacientes T1-T2, N0, con tumores en localización distal, la radioterapia neoadyuvante esta condicionalmente recomendada.

KQ2: Regímenes apropiados de neoadyuvancia:

- Para **radioterapia convencional**, se recomienda 5000-5600 cGy en 25-31 fracciones con quimioterapia concurrente (capecitabina o 5-FU), como lo validaron German Rectal Cancer Trial (Sauer et al., 2004) y OPRA (García-Aguilar et al., 2021, 2023).
- **TNT se recomienda en cáncer de recto localmente avanzado** (T3-T4 o N+, invasión vascular, compromiso MRC), aunque puede no ser necesaria en pacientes de bajo riesgo. Los ensayos **PRODIGE 23** y **RAPIDO** demostraron que TNT mejora pCR, la supervivencia libre de metástasis y D8FS) en estos pacientes. PRODIGE 23 evaluó mFOLFIRINOX seguido de quimiorradiación, cirugía y FOLFOX adyuvante, mostrando mejor DFS a 3 años y a 7 años **sobrevida global** en comparación con la quimiorradiación estándar.
- **RAPIDO** comparó radioterapia curso corto seguido de quimioterapia (CAPOX o FOLFOX4) con la quimiorradiación estándar, reduciendo la falla del tratamiento a 3 años.
- **STELLAR** también analizó TNT con radioterapia corta y **CAPOX**, mostrando mejor supervivencia global, aunque sin diferencias claras en recurrencia local o metástasis.

Radioterapia para el cáncer de recto: Actualización enfocada de la guía de práctica clínica de ASTRO” (Parte 2)



Radiation Therapy for Rectal Cancer: An ASTRO Clinical Practice Guideline Focused Update

Jennifer Y. Wo, et al. Massachusetts General Hospital, Boston, USA
Practical Radiation Oncology (2024) Article in Press November 25

Dra. Belén Raiden
Centro de Radioterapia Dean Funes
Córdoba, Argentina
Resumen y Comentarios

- Los estudios OPRA y CAO/ARO/AIO-12 evaluaron **la mejor secuenciación entre quimioterapia y quimiorradiación en la TNT**. OPRA comparó quimioterapia de inducción seguida de quimiorradiación frente a quimiorradiación seguida de consolidación, mostrando que la consolidación mejoró la supervivencia libre de cirugía sin diferencias en la DFS a 5 años. En el estudio CAO/ARO/AIO-12, la inducción mejoró la adherencia a la quimioterapia, mientras que la consolidación aumentó la pCR, sin diferencias en DFS ni en la incidencia de metástasis. Ambos enfoques son recomendados, aunque la consolidación es preferida en pacientes candidatos a NOM. Para esquemas de TNT con radioterapia corta, se recomienda la consolidación basada en el estudio RAPIDO.

KQ3: Indicaciones para NOM o excisión local tras quimiorradiación

- **NOM** es una opción en pacientes con respuesta clínica completa tras TNT, respaldado por OPRA (Garcia-Aguilar et al., 2021, 2023) y International Watch & Wait Database (Renehan et al., 2023), que reportaron tasas de recurrencia local del 25%, pero con éxito en la cirugía de rescate.

- La **excisión local** puede considerarse en T2-3 N0 con tumores ≤ 4 cm, como lo demostraron **GRECCAR-2 (Rullier et al., 2017, 2022)** y **Rödel et al. (2012)**, sin diferencias en supervivencia a 5 años comparado con cirugía estándar.

- Se recomienda **seguimiento estricto** con resonancia magnética, endoscopia y tomografías cada 3-4 meses los primeros 2 años, según los criterios del estudio International Watch & Wait Database (Renehan et al., 2023).

- Para pacientes con NOM, la dosis de 5000-5600 cGy con quimioterapia concurrente es la más efectiva, como se observó en OPRA (Garcia-Aguilar et al., 2023).

- La **braquiterapia de contacto** ha mostrado alta tasa de preservación del órgano, como se evidenció en **CONTACT X-Ray Trial (Rödel et al., 2022)**.

Comentarios: La actualización de ASTRO 2024 refuerza la evidencia de la radioterapia neoadyuvante, particularmente en TNT para enfermedad localmente avanzada, y define criterios más claros para la omisión de radioterapia o cirugía en casos seleccionados.

El manejo debe ser personalizado y multidisciplinario, considerando la biología del tumor, el riesgo de recurrencia y la calidad de vida del paciente.





Dr. Abrahams Ocanto Martínez
Oncólogo Radioterápico
GenesisCare, Madrid, España.
Resumen y Comentarios

Radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) versus sorafenib en carcinoma hepatocelular. Ensayo clínico aleatorizado fase 3 NRG Oncology/RTOG 1112. (Parte 1)

Stereotactic Body Radiotherapy vs Sorafenib Alone in Hepatocellular Carcinoma: The NRG Oncology/RTOG 1112 Phase 3 Randomized Clinical Trial.

Dawson LA, et al. Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, Canada.
JAMA Oncol. 2025;11(2):136-144.

Objetivos: Evaluar si la radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) ofrece mejores resultados que el sorafenib en pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) localmente avanzado.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un ensayo clínico fase III, aleatorizado, en pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) para comparar la eficacia del sorafenib (400 mg BID) frente a la radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) (27, 5-50 Gy en 5 fracciones), seguida de sorafenib (200 mg BID durante un mes, con aumento a 400 mg BID en caso de buena tolerancia). El estudio incluyó pacientes con diagnóstico de CHC confirmado por histología o mediante pruebas de imagen sugestivas (tomografía computarizada multifase o resonancia magnética), que no eran candidatos a resección, ablación o quimioembolización transarterial. Se incluyeron casos en estadios B o C según la clasificación de Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC), con función hepática Child-Pugh A, recuento plaquetario $>60,000 \times 10^3/\mu\text{L}$ y un estado funcional Zubrod de 0 a 2. Los criterios de exclusión contemplaron la presencia de más de cinco tumores hepáticos, una masa tumoral única o suma de lesiones $>20 \text{ cm}$, metástasis de más de 3 cm y antecedentes de radioterapia o radioembolización transarterial (TARE). La aleatorización 1:1 se realizó considerando el grado de invasión macrovascular (MVI), el estado de hepatitis (C vs. B o C y B vs. otros), la región geográfica (Norteamérica vs. otras regiones) y la relación entre el volumen tumoral y el hígado sano ($<10\%$, $10\text{-}40\%$ o $>40\%$). Los datos se recolectaron entre abril de 2013 y marzo de 2021.

Para evaluar la respuesta al tratamiento, se realizaron estudios de imagen cada 3 meses mientras los pacientes recibían terapia y luego cada 6 meses. La progresión de MVI se definió como la aparición de una nueva lesión vascular $>5 \text{ mm}$ o el crecimiento de lesiones preexistentes. El análisis de datos se llevó a cabo entre julio de 2022 y agosto de 2023. Se evaluaron la supervivencia global (SG), la supervivencia libre de progresión (SLP), la incidencia de eventos adversos según la escala *Common Terminology Criteria for Adverse Events* versión 4.0 y la calidad de vida mediante el cuestionario *Functional Assessment of Cancer Therapy-Hepatobiliary* (FACT-Hep) versión 4.

Resultados: Se evaluaron 193 pacientes provenientes de Estados Unidos, Canadá, Australia y Hong Kong, de los cuales 177 fueron finalmente incluidos en el estudio. El reclutamiento se detuvo debido al cambio en la terapia sistémica estándar de sorafenib a atezolizumab-bevacizumab. Entre los 177 pacientes, 150 (84,7%) eran hombres, con una edad media de 66 años (rango: 60-72). La invasión macrovascular (MVI) estuvo presente en 131 pacientes (74%). La SG media fue de 12,3 meses (IC 90%: 10,6-14,3) en el grupo de sorafenib y de 15,8 meses (IC 90%: 11,4-19,2) en el grupo tratado con SBRT y sorafenib. En el análisis multivariante ajustado por estado funcional, grado de MVI, función hepática y presencia de metástasis, el tratamiento con SBRT y sorafenib mostró un aumento en la SG (HR: 0,72; IC 95%: 0,52-0,99). Al finalizar el estudio, el 3,6% de los pacientes tratados con SBRT y sorafenib permanecían en remisión a los 5 años, mientras que en el grupo de sorafenib no se observaron casos de remisión a largo plazo.



Dr. Abrahams Ocantó Martínez
Oncólogo Radioterápico
GenesisCare, Madrid, España.
Resumen y Comentarios

Radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) versus sorafenib en carcinoma hepatocelular. Ensayo clínico aleatorizado fase 3 NRG Oncology/RTOG 1112. Parte (2)

Stereotactic Body Radiotherapy vs Sorafenib Alone in Hepatocellular Carcinoma: The NRG Oncology/RTOG 1112 Phase 3 Randomized Clinical Trial.

Dawson LA, et al. Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, Canada. JAMA Oncol. 2025;11(2):136-144.

La SLP mejoró de 5,5 meses con sorafenib a 9,2 meses con SBRT y sorafenib. El análisis multivariable identificó a la combinación de SBRT y sorafenib como el único factor pronóstico con un beneficio consistente en todos los subgrupos (HR: 0,55; IC 95%: 0,40-0,75). Asimismo, el tiempo hasta la progresión fue significativamente mayor en el grupo de SBRT y sorafenib (HR: 0,69; IC 95%: 0,48-0,99). En cuanto al nivel de la MVI, se observó mejoría en el 9% de la cohorte total, con una respuesta (respuesta completa, respuesta parcial o estabilidad de la enfermedad) en el 45% de los pacientes tratados con sorafenib y en el 75% de aquellos que recibieron SBRT y sorafenib. Los efectos adversos de grado ≥ 3 ocurrieron en el 42% de los pacientes del grupo de sorafenib y en el 47% de los tratados con SBRT y sorafenib. La calidad de vida, evaluada a los 6 meses, mostró una mejoría del 10% en los pacientes tratados con sorafenib y del 35% en aquellos que recibieron SBRT y sorafenib.

Conclusiones: El ensayo NRG/RTOG 1112 demostró importantes beneficios de la SBRT en pacientes con CHC en comparación con el sorafenib solo. La SBRT debería considerarse un tratamiento estándar para pacientes seleccionados con CHC.

Comentarios: El estudio NRG/RTOG 1112 aporta evidencia sobre la superioridad sin ser estadísticamente significativo de la radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) combinada con sorafenib en la mejora de la supervivencia global y libre de progresión en pacientes con carcinoma hepatocelular localmente avanzado. A pesar de un aumento leve en los efectos adversos, la SBRT también se asoció con una mejor calidad de vida, lo que refuerza su papel como una opción terapéutica relevante. Estos hallazgos respaldan la necesidad de considerar la SBRT como parte del tratamiento estándar en pacientes seleccionados, optimizando así los resultados clínicos en esta población.



Eficacia y seguridad de la radioterapia prostática en cáncer de próstata metastásico de novo sensible a la castración (PEACE-1): un estudio multicéntrico, abierto, aleatorizado, fase 3 con diseño factorial 2 × 2.



Efficacy and safety of prostate radiotherapy in de novo metastatic castration-sensitive prostate cancer (PEACE-1): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study with a 2 × 2 factorial design.

Alberto Bossi, et al. Institut Gustave Roussy, Villejuif, France
Lancet 2024; 404: 2065–76

Dr. Agustín Gilardi
Centro de Radioterapia Dean Funes
Córdoba, Argentina
Resumen y Comentarios

Objetivos: El estudio PEACE-1 evaluó la eficacia y seguridad de la adición de radioterapia a la terapia estándar en pacientes con cáncer de próstata metastásico de novo sensible a la castración.

Materiales y métodos: Se realizó un ensayo fase 3 multicéntrico con diseño factorial 2 × 2 en 77 hospitales de Europa. Se incluyeron 1172 pacientes con cáncer de próstata metastásico de novo, aleatorizados a: terapia estándar (privación androgénica con o sin docetaxel), terapia estándar más abiraterona, terapia estándar más radioterapia prostática (74 Gy en 37 fracciones) o terapia estándar más radioterapia y abiraterona. Los objetivos primarios fueron la sobrevida libre de progresión radiográfica y la sobrevida global. El análisis se realizó por intención de tratar, considerando tanto a los pacientes con enfermedad metastásica de bajo volumen como a la población general del estudio.

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 6 años. En pacientes con enfermedad de bajo volumen metastásico, la adición de radioterapia mejoró la sobrevida libre de progresión radiográfica cuando se combinó con abiraterona (mediana de 7,5 años vs. 4,4 años; HR 0,65; p=0,019). Sin embargo, la radioterapia no mejoró la sobrevida global en esta población (7,5 vs. 6,9 años; HR 0,98; p=0,86). Un hallazgo relevante fue que la radioterapia prolongó significativamente la sobrevida libre de resistencia a la castración (mediana de 3,4 años vs. 2,5 años; HR 0,74; p=0,0069).

En cuanto a seguridad, no se observó un aumento significativo en eventos adversos graves con la radioterapia (56,1% sin radioterapia vs. 58,8% con radioterapia) pero sí una reducción en eventos genitourinarios graves en la población general del estudio (26,0% vs. 11,1%; p=0,0002).

Conclusiones: La radioterapia prostática, en combinación con abiraterona, mejora la sobrevida libre de progresión radiográfica y la sobrevida libre de resistencia a la castración en pacientes con enfermedad metastásica de bajo volumen, pero no modifica la sobrevida global. Además, reduce eventos genitourinarios graves sin incrementar la toxicidad general, lo que podría respaldar su incorporación en el tratamiento estándar de estos pacientes.

Comentarios: Este estudio refuerza la importancia de la radioterapia en pacientes con cáncer de próstata metastásico de novo, particularmente en aquellos con enfermedad de bajo volumen. Si bien no se observó un impacto en la sobrevida global, su combinación con abiraterona mejoró tanto la sobrevida libre de progresión radiográfica como la sobrevida libre de resistencia a la castración en esta población. Además, en el análisis global del estudio, la radioterapia redujo la incidencia de complicaciones genitourinarias graves, independientemente del volumen de enfermedad.



Dr. Javier Otero
VIDT Oncología Radiante
CABA, Argentina
Resumen y Comentarios

Radioterapia corporal estereotáctica con BOOST en cáncer de próstata de riesgo intermedio y alto: eficacia y toxicidad a 5 años del ensayo HYPO FLAME.

Stereotactic body radiotherapy with a focal boost to the intraprostatic tumor for intermediate and high risk prostate cancer: 5-year efficacy and toxicity in the hypo-FLAME trial.

C'edric Draulans , et al. Department of Oncology, KU Leuven, Belgium
Radiotherapy and Oncology 201 (2024) 110568.

Introducción: La radioterapia externa (EBRT) es un tratamiento adecuado para los pacientes de riesgo intermedio (RI) o alto (AR) de cáncer de próstata (CaP). Estos tratamientos tienen una duración larga, aunque con el hipofraccionamiento se redujo a 20 sesiones, siendo estos el estándar actual. Los beneficios de estos generaron interés por el uso de la SBRT en 5 sesiones. Los resultados observados en diferentes publicaciones en pacientes CaP riesgo bajo e intermedio, la no inferioridad demostrada en el PACE-B a 5 años, apoyan a la SBRT como el estándar actual en este grupo de pacientes. Además del beneficio radiobiológico, las ventajas financieras y logísticas de los regímenes ultrahipofraccionados son los principales beneficios de esta estrategia. A partir de esto, surge el interrogante si este esquema de SBRT tendrá impacto en los CaP de alto riesgo. Al escalar la dosis, se observaron bajas tasas de recaída bioquímica y metástasis a distancia mejorando así la sobrevida en pacientes de alto riesgo. El ensayo fase III FLAME demostró que el boost en el tumor asociado a EBRT a toda la glándula mejoró la bDFS sin aumentar la toxicidad ni deterioro en la calidad de vida (HRQoL) en pacientes con CaP de RI o AR. El objetivo del HYPO-FLAME es investigar el rol de un boost ablativo al tumor intraprostáticos con SBRT evaluando eficacia y toxicidad evaluada por profesionales y calidad de vida informados por el paciente.

Materiales y métodos: Es un ensayo prospectivo, multicéntrico, fase II. Reclutó pacientes con CaP que iban a recibir EBRT como tratamiento primario, mayores de 18 años, con diagnóstico adenocarcinoma confirmado histológicamente de RI o AR. Debían tener al menos una lesión tumoral visible en la mpMRI.

Los pacientes con contraindicación de mpMRI o colocación de un marcador fiducial se consideran no elegibles. Fueron excluidos aquellos pacientes con antecedente de radioterapia pélvica previa, RTU previa, o IPSS mayor de 15. Todos los pacientes realizaron TC y mpMRI de planificación, se colocaron de tres a cuatro marcadores fiduciales mediante un abordaje transperineal o transrectal. La terapia de privación androgénica (ADT) se prescribió a discreción. El CTV de la próstata comprendía toda la glándula prostática, y un margen de 4 mm al GTV. Las lesiones tumorales visibles por mpMRI se contornean como GTV en colaboración con un urorradiólogo, las vesículas seminales se delinearon según criterio del oncólogo radioterapeuta. El PTV se creó agregando un margen de 4 a 5 mm al CTV. Se delinearon como OAR recto, canal anal, vejiga, uretra, intestino delgado, bulbo peneano y cabezas femorales. Se generó un PRV de 2 mm tanto para el recto como para la uretra. Todos los pacientes debían ser tratados con un plan de SBRT 35 Gy a toda la glándula prostática en 5 fracciones semanales con un BOOST integrado de 50 Gy al GTV. Se realizó tratamiento con técnica VMAT fotones ≥ 6 MV, y verificación diaria con kv o CBCT. El endpoint primario sobre viabilidad y toxicidad aguda se ha informado previamente, en este análisis se evaluaron los endpoint secundarios como bDFS, toxicidad tardía y HRQoL. La falla bioquímica se definió según la definición de criterios Phoenix. La toxicidad tardía se definió como la cual se produjo 90 días posterior al tratamiento. Los resultados informados por el médico se midieron utilizando CTCAE v4.0, y el paciente se recopiló utilizando cuestionarios del EORTC específicos de próstata.



Dr. Javier Otero
VIDT Oncología Radiante
CABA, Argentina
Resumen y Comentarios

Radioterapia corporal estereotáctica con BOOST en cáncer de próstata de riesgo intermedio y alto: eficacia y toxicidad a 5 años del ensayo HYPO FLAME. (Parte 2)

Stereotactic body radiotherapy with a focal boost to the intraprostatic tumor for intermediate and high risk prostate cancer: 5-year efficacy and toxicity in the hypo-FLAME trial.

C'edric Draulans , et al. Department of Oncology, KU Leuven, Belgium
Radiotherapy and Oncology 201 (2024) 110568.

Los pacientes se evaluaron al inicio, durante la de toxicidad aguda y luego cada 6 meses durante el primer año y una vez cada año hasta el quinto año. Se calculó para detectar un aumento $\geq 6\%$ del grado de incidencia de toxicidad aguda G3 en comparación con los porcentajes de toxicidad aguda informados durante y después EBRT convencional. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para realizar análisis de tiempo hasta el evento.

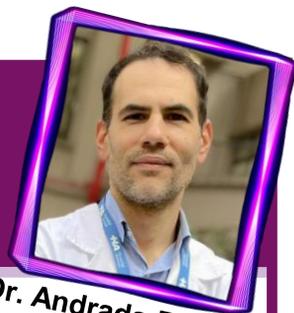
Resultados: Entre abril de 2016 y diciembre de 2018, 100 hombres fueron incluidos y tratados en el ensayo. La edad media fue de 73 años (57-84 años), 75 % de los pacientes de AR. Se prescribió ADT al 62% de los pacientes. La dosis media recibida por el 99 % del volumen GTV (D99) fue de 40,3 Gy, con una dosis media en el GTV de 44,7 Gy. Todos los pacientes tenían un seguimiento de 5 años (media 61 meses). Se observó una bDFS a 5 años del 93 %, dos pacientes presentaron recaída ganglionar pélvica sin recurrencia local y tres pacientes tuvieron enfermedad metastásica distante sin falla local. Se observó una supervivencia general a 5 años del 94 %. A 5 años, el 12 % de los pacientes presentó toxicidad urinaria G 2, las tasas de incidencia acumulada tardía G 2 fue del 28%, siendo más frecuente la frecuencia GU G 2, que alcanzó su punto máximo a los 6 meses (14%) y la G 3 fue del 2. Según los criterios CTCAE, el 4% de los pacientes presentaron toxicidad GI de G 2 a los 5 años y las tasas de incidencia acumulada de toxicidad tardía de G 2 fue del 14%, y 1 % G 3. La prevalencia de disfunción eréctil de G 2 a 5 años fue del 45 %, con una prevalencia inicial del 20 %, y la incidencia tardía G 2 en pacientes sin ADT fue del 58 %. A los 5 años, el 24 %, el 12 % y el 24 % de los pacientes experimentaron un cambio clínico moderado o significativo en la función urinaria, intestinal y la HRQoL de la actividad sexual. Las molestias urinarias volvieron al valor inicial después de 6 meses.

Hubo una diferencia significativa entre HRQoL de la función intestinal al inicio en comparación con 5 años post tratamiento ($p=0,014$), sin diferencia significativa de la actividad sexual al inicio del estudio en comparación a 5 años.

Conclusiones: La SBRT de próstata en 5 fracciones con un boost focal en el tumor intraprostático definido por mpMRI demostró resultados de eficacia alentadores a 5 años en pacientes, de alto riesgo. Además, el ultrahipofraccionamiento parece ser factible con bajas tasas de toxicidad, comparables a los esquemas de radioterapia fraccionada moderada y convencional.

Comentarios: En este análisis se evaluaron la eficacia y los efectos secundarios tardíos informados por el médico y el paciente de la SBRT en Cap RI y AR, pero focalizado en pacientes de alto riesgo (75%). Si comparamos los resultados a 5 años de la SBRT con los del ensayo PACE-B, la bDFS observada del 93 % en el ensayo HYPO-FLAME se aproxima a la 95,7% del PACE-B. Tengamos en cuenta que, en la actualidad, hay pocos estudios con pacientes de AR que reportan tasas de control bioquímico entre el 81 % y el 85 % a 5 años. Una limitación del ensayo actual es su no randomización, sin embargo, proporciona hasta la fecha la mejor evidencia que respalda la seguridad y eficacia de la SBRT focal en forma de boost en este grupo de pacientes, y actualmente está en curso el ensayo de fase III HYPO-FLAME 3.0 e HypoFocal-SBRT. A pesar de la presencia de estas deficiencias difícilmente evitables, el ensayo Fase III FLAME mostró un beneficio con el boost focal con fraccionamiento convencional.

PEACE V: Tratamiento de Rescate de Metástasis ganglionares de cáncer de próstata Oligorrecurrente (STORM): Toxicidad Aguda de un Ensayo Aleatorizado de Fase 2.



Dr. Andrada Pablo
Hospital. Alemán,
VIDT Oncología Radiante
CABA, Argentina
Resumen y Comentarios

PEACE V: Salvage Treatment of OligoRecurrent nodal prostate cancer Metastases (STORM): Acute Toxicity of a Randomized Phase 2 Trial.

Piet Ost, et al. Ghent University, Ghent, Belgium
European Urology Oncology 7 (2024) 462-468

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue evaluar la toxicidad aguda del tratamiento de rescate con terapia dirigida de las metástasis (MDT) o radioterapia electiva de áreas ganglionares (ENRT), en pacientes con cáncer de próstata oligorrecurrente con metástasis ganglionares pelvianas. En ambas ramas el tratamiento se combinó con seis meses de terapia de deprivación androgénica (ADT). El estudio también buscó determinar la eficacia del tratamiento en términos de sobrevida libre de metástasis (MFS). En este resumen nos enfocaremos en la toxicidad aguda.

Materiales y métodos: Se trata de un ensayo clínico fase 2 aleatorizado. Pacientes con cáncer de próstata oligorrecurrente (≤ 5 lesiones) con metástasis ganglionares confirmadas por imagen molecular (PSMA-PET) tras tratamiento del sitio primario (prostatectomía o radioterapia), fueron aleatorizados 1:1 a recibir MDT (SBRT 30 Gy en 3 fracciones o linfadenectomía) o ENRT (45 Gy en 25 fracciones con SIB hasta 65 Gy en adenopatías).

Ambos grupos de tratamiento recibieron terapia de deprivación androgénica por 6 meses. El criterio de valoración principal fue la toxicidad aguda, evaluada mediante Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versión 4.0.

Resultados: Entre junio del 2018 y abril del 2021, se aleatorizaron 196 pacientes (99 a MDT y 97 a ENRT). No hubo diferencias significativas en la incidencia de toxicidad aguda GU grado 2 o superior (8% en MDT y 13% en ENRT, $p=0.42$), ni en toxicidad aguda GI grado 2 o superior (3% en MDT y 4.3% en ENRT, $p=0.95$) entre ambos grupos.

Las toxicidades agudas más comunes fueron grado 1 o 2 e incluyeron fatiga, náuseas, dolor y reacciones cutáneas.

Conclusiones: En pacientes con cáncer de próstata oligorrecurrente con metástasis ganglionares, tanto la terapia dirigida como la radioterapia electiva de áreas ganglionares fueron bien toleradas. No hubo diferencias significativas en la toxicidad aguda entre los dos enfoques de tratamiento. Estos resultados sugieren que ambas técnicas son opciones de tratamiento viables para pacientes con cáncer de próstata oligorrecurrente con metástasis ganglionares pelvianas.

Comentarios: Si bien los perfiles de seguridad de ambos enfoques son comparables, es importante recordar que esta publicación se centra solo en los resultados de toxicidad aguda, ya que aquellos relacionados con la eficacia del tratamiento (supervivencia libre de metástasis) aún son inmaduros, debiéndose aguardar estos para la toma de decisiones dada su clara relevancia clínica.



Dra. Alethia Darsy
VIDT Oncología Radiante
CABA, Argentina
Resumen y Comentarios

Prostatectomía radical Versus Radioterapia estereotáctica en cáncer de próstata clínicamente localizado: Resultados del ensayo randomizado PACE-A

Radical Prostatectomy Versus Stereotactic Radiotherapy for Clinically Localised Prostate Cancer: Results of the PACE-A Randomised Trial.

Nicholas van As , et al. The Royal Marsden NHS Foundation Trust, London , UK
European Urology 86 (2024) 566–576

Objetivos: El estudio PACE-A evalúa la calidad de vida a 2 años en pacientes con cáncer de próstata tratados con radioterapia estereotáctica corporal (SBRT) o prostatectomía. Se analizan la toxicidad gastrointestinal, genitourinaria y la función eréctil como objetivos primarios.

Materiales y Métodos: Ensayo multicéntrico y controlado con 123 pacientes masculinos (agosto 2012 - febrero 2022) con adenocarcinoma de próstata confirmado, riesgo bajo/intermedio (TNM 6ª ed.: T1c–T2c, N0-x, M0-x), Gleason \leq 3+4 y PSA \leq 20 ng/ml. Se excluyeron pacientes con radioterapia pélvica previa, neoplasias en los últimos 2 años, prótesis de cadera bilateral o terapia de deprivación androgénica en curso. Se asignaron aleatoriamente 60 a prostatectomía y 63 a SBRT. Se evaluaron toxicidades y calidad de vida con EPIC-26, IPSS, Vaizey e IIEF-5. Se evaluaron al inicio, en las semanas 4 y 12 y en los meses 6, 9, 12 y 24.

Resultados: De los 123 pacientes, 48 completaron prostatectomía y 59 recibieron al menos una fracción de SBRT. Mediana de edad: 65.5 años, PSA: 7.9 ng/ml, Gleason 3+4. 86% al menos 2 años de seguimiento.

Con respecto a los síntomas urinarios, ningún paciente utilizaba apósitos previos al inicio de tratamiento. A los 24 meses 16/32 (50%) de los participantes que realizaron prostatectomía y 3/46 (6.5%) de participantes de SBRT reportaron algún uso de apósito.

Según el EPIC score para incontinencia urinaria fue mayor en pacientes con prostatectomía. Según el score para obstrucción/irritación urinaria, los valores fueron 100 para prostatectomía vs 93.8 para SBRT.

El IPSS score demostró menos síntomas moderados/severos con prostatectomía (16%) que con SBRT (38%). Sin embargo, la puntuación de IPSS no evidenció una diferencia significativa en la calidad de vida entre ambos grupos. En cuanto a toxicidad gastrointestinal, a los 24 meses los participantes prostatectomizados reportaron significativamente mejores puntuaciones según el EPIC score de dominio intestinal. Sin embargo, no se observaron diferencias entre los grupos en cuanto a síntomas intestinales moderados / graves, ni en la incontinencia rectal, según la puntuación total de Vaizey.

Los participantes con prostatectomía informaron peor puntaje en EPIC en el dominio sexual. Disfunción eréctil moderada/severa: 33% prostatectomía vs. 18% SBRT (IIEF-5).

Conclusiones: El ensayo PACE-A proporciona evidencia nivel 1 sobre calidad de vida post-tratamiento, mostrando mejores resultados urinarios y sexuales con SBRT, pero mayor toxicidad gastrointestinal. Estos datos permiten a pacientes y médicos tomar decisiones informadas, priorizando preferencias individuales.

Comentarios: Los resultados del ensayo subrayan la importancia de considerar no solo la eficacia de los tratamientos mencionados, sino también su impacto en la vida diaria de los pacientes.



10° Curso de Actualización en Protección Radiológica para Médicos Radioterapeutas

Resolución del Directorio de ARN 107-2010

23, 24 y 25 de Abril de 2025

Modalidad Virtual - Vía Zoom

**Orientado a médicos radioncólogos y
a todos los profesionales de carreras
afines interesados en el tema**

Curso Arancelado

Inscripción:

www.satro-radioterapia.com.ar

Informes: Sra. Rosario Val

Cel/WhatsApp: +549 11 63696348

e-mail: xina_arg@hotmail.com

Primer Simposio de **Oncología Clínica y Radiante**

16 y 17 DE MAYO DE 2025

Tucumán | Sheraton Hotel

DIRECTORES

Dr. Nicolás Castagneris
Dra. Vanesa Krakobsky
Dra. Ana Laura Mendaña
Dr. Jorge Palazzo

ORGANIZAN

AAOC
ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE ONCOLOGÍA CLÍNICA



CONSULTAS
info@eaeventos.com.ar
www.aaoc.org.ar | www.satra-radioterapia.com.ar



Acerca de SATRO

Para asociarte a SATRO es fácil, infórmate sobre los beneficios, comunícate con Secretaría o ingresa en <http://www.satro-radioterapia.com.ar>

Secretaría - Informes: Sra. Rosario Val

Celular / Whatsapp: +54911 6369-6348

e-mail: xina_arg@hotmail.com

Facebook: Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológico

Instagram: socterapiaradiante

Youtube: Satro Radioterapia

Linkedin: Rosario Val

AMA - Av. Santa Fe 1171 - CP 1059 - CABA - Argentina

- Nacimos en 1994 y este año celebramos el 31° Aniversario.
- Dieciséis años realizando la reunión informativa post congreso de la American Society for Radiation Oncology "A.S.T.R.O."
- Veinte años realizando anualmente la recertificación en la especialidad de Radioterapia Oncológica.
- Diez años realizando el Curso de Actualización en Protección Radiológica para Médicos Radioterapeutas, obligatorio para la renovación de los permisos de los especialistas ante la Autoridad Regulatoria Nuclear "ARN".
- Siete años (2016 al 2023) realizando el Best of ASTRO en Argentina con licencia de la American Society for Radiation Oncology "A.S.T.R.O."
- Primer año de Jornadas de Trending Topics en Radioterapia Oncológica (2024)
- Seis años realizando el Seminario Web RT CHICAGO 2020 al 2025.
- Dos años realizando el Seminario Web de Cáncer de Mama 2020 y 2024.
- Tres años haciendo las Jornadas de Actualización en Radioterapia, organizada por el Capítulo de Jóvenes Radioncólogos de SATRO, 2020, 2021 y 2023.



Acerca de SATRO

La Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica "SATRO" te invita a participar en el Boletín Bibliográfico Digital, que se publica en el sitio web, Facebook, LinkedIn e Instagram de "SATRO" y se difunde vía e-mail.

El objetivo es la publicación de información médica relevante de nuestra especialidad.

Si estás interesado en participar no dudes en presentar tu resumen de un artículo, no dudes en enviarlo que será evaluado y aprobado por el Comité Editorial.

El criterio es incluir en el boletín resúmenes de estudios de revisión crítica, guías, estudios Fase III o estudios relevantes por su significado.

Se publicarán resúmenes de los artículos, ampliación de los datos del mismo, y una opinión o comentario final que pueda servirnos a todos los especialistas para mantenernos actualizados en los temas de nuestro interés.

Requisitos de publicación: Máximo de 3000 caracteres, contando los espacios en blanco.

Debe incluir:

- ✓ Título traducido al español.
- ✓ Título original.
- ✓ Autores.
- ✓ Cita de publicación del artículo.
- ✓ Nombre y apellido del participante, su lugar de trabajo y una foto en formato jpg, en un archivo adjunto.

El resumen debe estar organizado en:

- ✓ Objetivos.
- ✓ Material y métodos.
- ✓ Resultados.
- ✓ Conclusiones.
- ✓ Para finalizar una opinión o comentario personal acerca del artículo elegido.

No incluir: Gráficos, Imágenes, Tablas o Curvas

Muchas Gracias