

FÍSTULA PROSTATO-RECTAL POST-BRAQUITERÀPIA D'ALTA TAXA DE DOSI

Munarriz M, Gasa B, Ruz E, Costa M, Pera M¹, Abascal JM, Cecchini LI.
Serveis de Cirurgia General¹, Urologia. Hospital del Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓ

La braquiteràpia d'alta taxa de dosi (HDR-BT) en combinació amb radioteràpia externa (EBRT) és una opció terapèutica per al tractament del càncer de pròstata (CaP) localitzat de risc intermig i alt. A data d'avui, no hi ha cap indicació establerta sobre el seu ús en monoteràpia, tanmateix, els primers assajos clínics mostren bons resultats en termes de control bioquímic de la malaltia i de seguretat en CaP de baix risc^{1,2}. Utilitza implants temporals d'iridi 192 que emeten altes dosis de radiació de manera localitzada i en un espai de temps curt. La dosi total s'aplica en menys d'una setmana (en una sola sessió o repetides) i s'optimitza gràcies a un pla computeritzat tridimensional que permet donar la màxima cobertura al volum a tractar i minimitza la radiació rebuda per teixits veïns. Així, ofereix molts avantatges a nivell radiobiològic, doncs aplica la radiació segons un esquema d'hipofraccionament; a nivell de radioprotecció, doncs la font radioactiva no roman en el pacient; i a nivell econòmic, on ha demostrat ser una tècnica cost-efectiva^{1,4-6}.

MÈTODE

Presentem el cas d'un home de 75 anys, amb antecedents de neoplàsia de recte T2cN0M0, tractada amb quimioteràpia i radioteràpia (45 Gy) neoadjuvant a resecció anterior de recte amb anastomosis colo-anal mecànica i reservori colònic en «J» al 2007; diagnosticat d'adenocarcinoma de pròstata localitzat d'alt grau (PSA al diagnòstic 7,88 ng/ml, Gleason 4+5, T2cN0M0) al juny de 2015. S'indica tractament amb HDR-BT en un altre centre i, al desembre de 2015, el pacient rep una dosi de 19 Gy en una sola sessió.

RESULTATS

Nou mesos després del tractament amb HDR-BT, al setembre de 2016, consulta a urgències del nostre centre per proctàlgia i rectorràgies. El malalt ingressa per mal control del dolor. La rectoscòpia descriu una úlcera rectal; la tomografia computeritzada (TC) abdominopèlvica identifica, a nivell de l'anastomosi colo-anal, canvis d'aspecte inflamatori i una imatge de fistulització anterior. Sense evidència de progressió ni recidiva neoplàsica; a la colonoscòpia s'observa una úlcera friable amb fons necròtic a la paret anterior del reservori colònic, que s'estén des de 6cm del marge anal fins al canal anal.

Davant aquestes troballes, el pacient inicia oxigenoteràpia a la cambra hiperbàrica. Durant l'ingrés, que es prolonga fins més d'un mes, precisa de sondatge vesical per retenció aguda d'orina (RAO), pel que és donat d'alta amb sonda vesical.

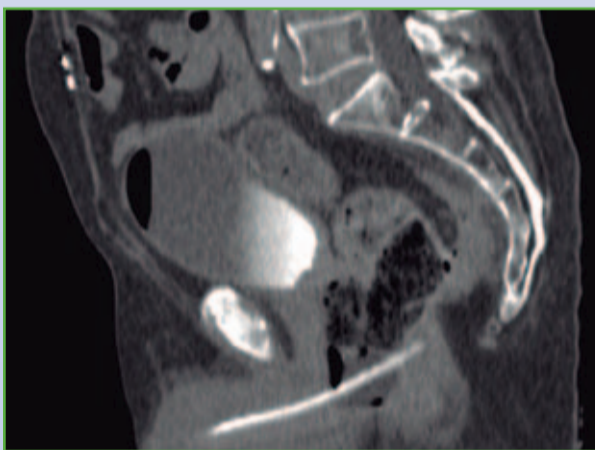
Després de retirada de sonda vesical, reconsulta a urgències per fuga d'orina per l'anus. Es col·loca novament i és llavors quan es constata l'existència d'una fístula prostato-rectal mitjançant la instil·lació de blau de metilè. Ingressa de nou per sèpsia d'origen urinària. La TC corrobora comunicació prostato-rectal.

Es consensua amb l'equip de cirurgia colo-rectal exenteració pèlvica amb doble derivació urinària i fecal. En desembre de 2016 es realitza la intervenció sense incidències, el postoperatori cursa favorablement i és donat d'alta als 9 dies. L'estudi histològic de la peça és negatiu per a malignitat.

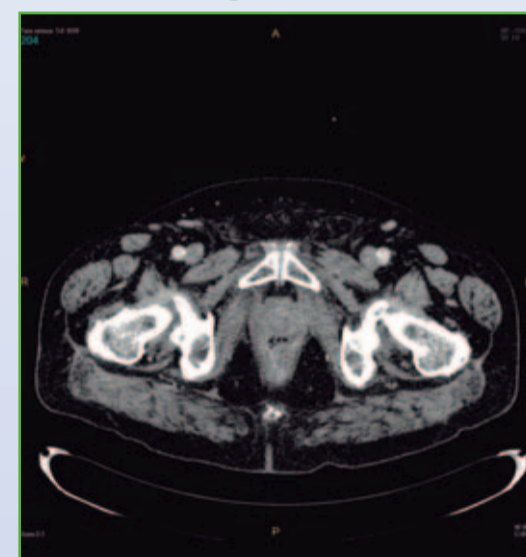
Imatge 2. Colonoscòpia (setembre/2016): úlcera rectal en cara anterior de la anastomosi colo-anal, des de 6 cm del marge anal fins a canal anal.



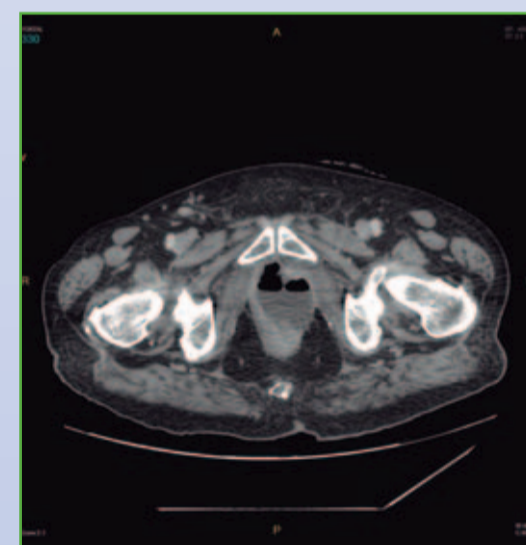
Imatge 3. 2n TC (novembre/2016): sonda a recte i pas de contrast de uretra prostàtica a recte.



Imatge 1. 1r TC (setembre/2016): canvis d'aspecte inflamatori a nivell de la sutura colo-anal amb una imatge de fistulització anterior.



Imatge 4. 3r TC (desembre/2016): canvis post-exenteració pèlvica, collecció a monyó rectal que comunica amb uretra peneana.



DISCUSSIÓ

Les complicacions post-HDR-BT es divideixen en agudes i tardanes en funció del temps d'aparició i es classifiquen segons l'afectació gastrointestinal, genitourinària o sobre la funció sexual; es graduen de menors a majors (graus 1 a 5) d'acord a la "Common Terminology Criteria for Adverse Events" (CTCAE)^{1,3}.

El símptomes urinaris són els més freqüents i s'avaluen emprant el "International Prostate Symptom Score" (IPSS). Resulten d'especial importància els tardans, com la incontinència urinària que precisa d'una urostomia derivativa o la retenció per estenosi d'uretra que requereix d'una uretrotomia. En els estudis recents es recullen taxes del 5-10% de toxicitat urinària crònica de grau ≥ 3 ^{4,5}.

Pel que fa les complicacions gastrointestinals, centrades en la toxicitat rectal, la majoria dels símptomes aguts són lleus i autolimitats. Tot i que la incidència de complicacions rectals significatives és molt baixa, aquestes són més freqüents i greus (grau ≥ 3) a llarg termini. Inclouen des del dolor abdominal i la diarrea per mucositis, a la rectorràgia i la necrosis per proctitis ràdica. En un 0,3% dels casos poden precisar de colostomia, com en el nostre cas⁴.

Respecte a la potència sexual, la HDR-BT mostra una taxa de conservació de la funció erèctil major que la resta de tractaments per al CaP⁶.

BIBLIOGRAFIA

1. D'Amico AV, Crook JM, Beard CJ, DeWeese TL, Hurwitz M, Kaplan ID. Chapter 116. Radiation Therapy for Prostate Cancer. En: Wein AJ, editor. Campbell-Walsh Urology. 11th edition. International: Elsevier; 2016. 2700-2702.
2. Mottet M et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Update March 2016: 45-46.
3. Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.03. Update June 2010: 29, 35.
4. Zamboglou N et al. High-dose-rate interstitial brachytherapy as monotherapy for clinically localized prostate cancer: treatment evolution and mature results. Int J Radiation Oncol Biol Phys. 2013; 85 (3): 672-678.
5. Barkati et al. High-dose-rate brachytherapy as a monotherapy for favorable-risk prostate cancer: a phase II trial. Int J Radiation Oncol Biol Phys. 2012; 82 (5): 1889-1896.
6. Sánchez-Gómez LM, Polo-deSantos M, Rodríguez-Melcón JI, Angulo JC, Luengo-Matos S. Braquiterapia de alta tasa de dosis como monoterapia en cáncer de próstata: una revisión sistemática sobre eficacia y seguridad. Actas Urol Esp. 2016; 41 (2): 71-81.