



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Deprivación androgénica continua versus intermitente para el cáncer de próstata (Revisión)

De Conti P, Atallah ÁN, Arruda HO, Soares BGO, El Dib RP, Wilt TJ

De Conti P, Atallah ÁN, Arruda HO, Soares BGO, El Dib RP, Wilt TJ.
Intermittent versus continuous androgen suppression for prostatic cancer
(Deprivación androgénica continua versus intermitente para el cáncer de próstata).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD005009.
DOI: [10.1002/14651858.CD005009.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005009.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Deprivación androgénica continua versus intermitente para el cáncer de próstata

Paulo De Conti¹, Álvaro N Atallah², Homero O Arruda³, Bernardo GO Soares⁴, Regina P El Dib⁵, Timothy J Wilt⁶

¹Jaú, Brazil. ²Brazilian Cochrane Centre, Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil. ³Sao Paulo, Brazil. ⁴Brazilian Cochrane Centre, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil. ⁵Department of Surgery, Botucatu School of Medicine, UNESP - Univ Estadual Paulista, Botucatu, Brazil. ⁶General Internal Medicine (111-0), VAMC, Minneapolis, Minnesota, USA

Contacto: Paulo De Conti, Av João Franceschi, 1335 - Jardim Alvorada, Jaú, São Paulo, 17210150, Brazil. paulodeconti@hotmail.com.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Urología.**Estado y fecha de publicación:** Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 2, 2012.**Referencia:** De Conti P, Atallah AN, Arruda HO, Soares BGO, El Dib RP, Wilt TJ. Intermittent versus continuous androgen suppression for prostatic cancer (Deprivación androgénica continua versus intermitente para el cáncer de próstata). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD005009. DOI: [10.1002/14651858.CD005009.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005009.pub2).

Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Después del cáncer de pulmón, el cáncer de próstata es la causa más frecuente de muerte por cáncer en todo el mundo. El objetivo del tratamiento es prevenir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la enfermedad, al tiempo que se reducen al mínimo los eventos adversos relacionados con la intervención. La terapia de deprivación de andrógenos (TPA) para reducir la testosterona sérica circulante y la progresión de la enfermedad se considera un tratamiento pilar para los hombres con cáncer de próstata avanzado. Se ha ido utilizando cada vez más para el estadio inicial de la enfermedad a pesar de la falta de evidencia existente sobre su efectividad.

Objetivos

Evaluar la efectividad y seguridad de la deprivación androgénica intermitente (DPAI) en comparación con la continua para el tratamiento del cáncer de próstata.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos para identificar ensayos controlados aleatorizados o cuasialeatorizados que compararan la deprivación androgénica intermitente y continua en el tratamiento de cualquier estadio del cáncer de próstata: el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials); EMBASE y LILACS.

Criterios de selección

Los estudios se incluyeron si eran aleatorizados o cuasialeatorizados y comparaban los efectos de la DPAI frente a la DPAC.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión seleccionaron los ensayos relevantes, evaluaron la calidad metodológica y extrajeron los datos.

Resultados principales

En esta revisión se han incluido cinco estudios aleatorizados con 1382 pacientes. Todos los estudios incluidos abarcaban el cáncer de próstata avanzado (T3 o T4), tenían poblaciones relativamente pequeñas y eran de corta duración. Se notificaron pocos eventos y no se evaluó la supervivencia específica de la enfermedad ni la enfermedad metastásica. Solamente un estudio (N = 77) evaluó desenlaces bioquímicos. Un análisis de subgrupos no encontró diferencias significativas en la progresión bioquímica (definida por los autores como PSA ≥ 10 ng/mL) entre la DPAI y el DPAC para las puntuaciones de Gleason 4 - 6, 7 y 8 - 10. En el caso de los pacientes con una puntuación de Gleason > 6, la reducción de la progresión bioquímica favoreció al grupo de DPAI (RR 0,10; IC del 95%: 0,01 a 0,67; p = 0,02). Los estudios

informaron principalmente eventos adversos. Un ensayo (N = 43) no encontró diferencias en los efectos adversos (gastrointestinales, ginecomastia y astenia) entre la DPAI (dos eventos) y la DPAC (cinco eventos), con la excepción de la impotencia, que fue significativamente menor en el grupo de la DPAI (RR 0,72; IC del 95%: 0,56 a 0,92; p = 0,008).

Conclusiones de los autores

Los datos de los ECA que compararon la DPAI con la DPAC están limitados por el pequeño tamaño muestral y la corta duración. No hay datos sobre la efectividad relativa de la DPAI frente a la DPAC para la supervivencia general, la supervivencia específica del cáncer de próstata o la progresión de la enfermedad. La información limitada sugiere que la DPAI puede haber reducido ligeramente los eventos adversos. En general, la DPAI también fue tan efectiva como la DPAC en cuanto a la potencia, pero fue superior durante el intervalo de ciclos (96%).

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Evaluar la efectividad y seguridad de la deprivación androgénica intermitente en comparación con la continua para el tratamiento del cáncer de próstata.

Después del cáncer de pulmón, el cáncer de próstata es la causa más frecuente de muerte por cáncer en todo el mundo. La American Cancer Society (Sociedad estadounidense de cáncer) estima que en 2006 se diagnosticaron 234.460 casos nuevos de cáncer de próstata y 27.350 hombres murieron por esta causa. El tratamiento para el cáncer de próstata en estadio inicial que se cree confinado en la glándula prostática incluye: prostatectomía radical, radioterapia externa o intersticial y conducta expectante. La terapia de deprivación de andrógenos (TPA) para reducir la testosterona sérica circulante y la progresión de la enfermedad se considera un tratamiento pilar para los hombres con cáncer de próstata avanzado.

En esta revisión se incluyeron cinco estudios con 1382 pacientes. Todos los estudios incluidos abarcaban el cáncer de próstata avanzado (T3 o T4). Ningún estudio tenía el tamaño y la duración suficientes. Se notificaron pocos eventos y no se evaluaron la supervivencia específica de la enfermedad ni la enfermedad metastásica. Solamente un estudio evaluó desenlaces bioquímicos. Los estudios informaron principalmente eventos adversos. No hay datos sobre la efectividad relativa de la DPAI frente a la DPAC para la supervivencia general, la supervivencia específica del cáncer de próstata, la progresión de la enfermedad o la calidad de vida. La información limitada sugiere que la DPAI puede haber reducido ligeramente los eventos adversos. En Hering 2000, la DPAI (18/25 frente a 18/18) parece ser ligeramente más favorable que la DPAC en el control de la impotencia. En general, la DPAI también fue tan efectiva como la DPAC en cuanto a la potencia, pero fue superior durante el intervalo de ciclos (96%). Se necesitan más estudios de investigación.