

DEFINICIÓN

Ablación guiada por imagen de lesión/es tumorales prostáticas bien definidas y biopsiadas, con margen de seguridad (al menos 10mm).

OBJETIVO

Mejorar los resultados funcionales sin sacrificar el adecuado control oncológico obtenido con los tratamientos globales de la glándula.

Aunque la mayoría de los cánceres de próstata (CaP) son multifocales (entre el 13-38% unifocales), la lesión índice marca la evolución y el pronóstico de los pacientes.

UN DIAGNÓSTICO PRECISO Y LA SELECCIÓN RIGUROSA DE PACIENTES ES LA CLAVE DEL ÉXITO

Identificar la lesión índice: de mayor grado. No hay consenso si Grado Gleason 1 puede definirse como una lesión índice. La biopsia con ecografía transrectal (ETR) no es ideal; **la RMNmp, biopsia transperineal y los sistemas de fusión** mejoran la identificación de los candidatos a Terapia Focal (TF) y una buena planificación de la terapia ablativa.

LAS EAU GUIDELINES CONSIDERAN LA TF COMO UN TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

Ofrecer dentro de ensayo clínico o estudios prospectivos bien diseñados

Importante una buena selección de los pacientes: varones con una esperanza de vida >10 años, con CaP de bajo o intermedio riesgo, PSA<10, y una lesión <1.5 cc o lesiones <3 cc confinadas a un único lóbulo.

TÉCNICAS ABLATIVAS

Ninguna modalidad ha demostrado mejores resultados oncológicos (Supervivencia libre de fallo: 82-95% a 3 años)

Tasa de continencia urinaria (95-100%) y de función eréctil (70-90%), similar en todas las técnicas.

Limitaciones: Heterogeneidad de los estudios, no resultados a largo plazo y no estudios comparativos, no brazo de control. Distinguir la TF de la ablación parcial de la glándula (cuadrante, hemiablación, ablación en palo de hockey o ablación subtotal)

	Energía ablativa	Mecanismo de muerte celular	Abordaje
CRIOTERAPIA	Congelación/mecánica	Apoptosis	Transperineal (ETR, TC, RMN)
HIFU	Calor/mecánica	Necrosis coagulativa	Transrectal (ETR)
ELECTROPORACIÓN IRREVERSIBLE	Eléctrica/mecánica	Poros en la pared---muerte celular	Transperineal (RMN, TRUS)
ABLACIÓN LASER FOCAL	Calor	Necrosis coagulativa	Transperineal (RMN)
TERAPIA FOTODINÁMICA	Vascular	Agentes reactivos O2 -- apoptosis	Transperineal (ETR)

CRIOTERAPIA FOCAL

✓ Monitorización con ETR a tiempo real de la ablación

✗ No para glándulas pequeñas
Precisión limitada: daño en estructuras adyacentes

ELECTROPORACIÓN IRREVERSIBLE (NANOKNIFE®)

✓ No daño térmico en estructuras adyacentes
Preserva el tejido conectivo

✗ Pendiente publicación de resultados a largo plazo

HIFU (HIGH INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND)

✓ Menos invasivo
Ablación precisa

✗ No para tumor en zona anterior o próstata grande

ABLACIÓN LASER FOCAL

✓ Puede realizarse en consulta (anestesia local)

✗ Requiere sobreponer de forma precisa zonas tratadas
Datos escasos

TERAPIA FOTODINÁMICA

✗ Depende del oxígeno y del fotosensibilizador

Propuesta de seguimiento: PSA cada 3 meses el primer año y después cada 6 meses + RMNmp a los 6 meses, 1 año y después anual + biopsia-target de la lesión índice y del resto de la glándula al año del tratamiento (después solo si cambios clínicos, radiológicos o bioquímicos).

Fallo del tratamiento: Biopsia positiva tras la terapia focal (en el área tratada). El realce en la RMN sugiere fallo del tratamiento.

Manejo del fallo de tratamiento: Repetir TF o tratamiento de rescate radical.