

# Tratamento do Carcinoma da Próstata Metastizado: Surgimento de Novos Horizontes Terapêuticos

## *Treatment of Metastasized Prostate Carcinoma: Emergence of New Therapeutic Horizons*

Paulo Mota<sup>1,2</sup>, Nuno Morais<sup>1</sup>, João Pimentel Torres<sup>1,2</sup>, Agostinho Cordeiro<sup>1</sup>, Emanuel Dias<sup>1,2</sup>, Mário Cerqueira Alves<sup>1</sup>, Estevão Lima<sup>1,2</sup>

**Autor Correspondente:**

Paulo Mota [damota.paulo@gmail.com]

### RESUMO

A evolução no tratamento do carcinoma da próstata metastizado proporciona atualmente ao Urologista uma vasta gama de possibilidades terapêuticas que comprovadamente melhoram a sobrevida e a qualidade de vida dos doentes. É apresentado um caso clínico neste artigo onde é patente não só a eficácia destas terapêuticas mas também a sua rápida evolução.

**PALAVRAS-CHAVE:** Antagonistas de Androgénios; Metástase Neoplásica; Neoplasias da Próstata/tratamento

### ABSTRACT

The evolution in the treatment of metastatic prostate cancer currently provides to the urologist a wide range of therapeutic possibilities that have shown an improvement on overall survival and quality of life of patients. It is presented a clinical case in this article which reflects not only the effectiveness of these therapies but also their rapid evolution.

**KEYWORDS:** Androgen Antagonists; Neoplasm Metastasis; Prostatic Neoplasms/drug therapy

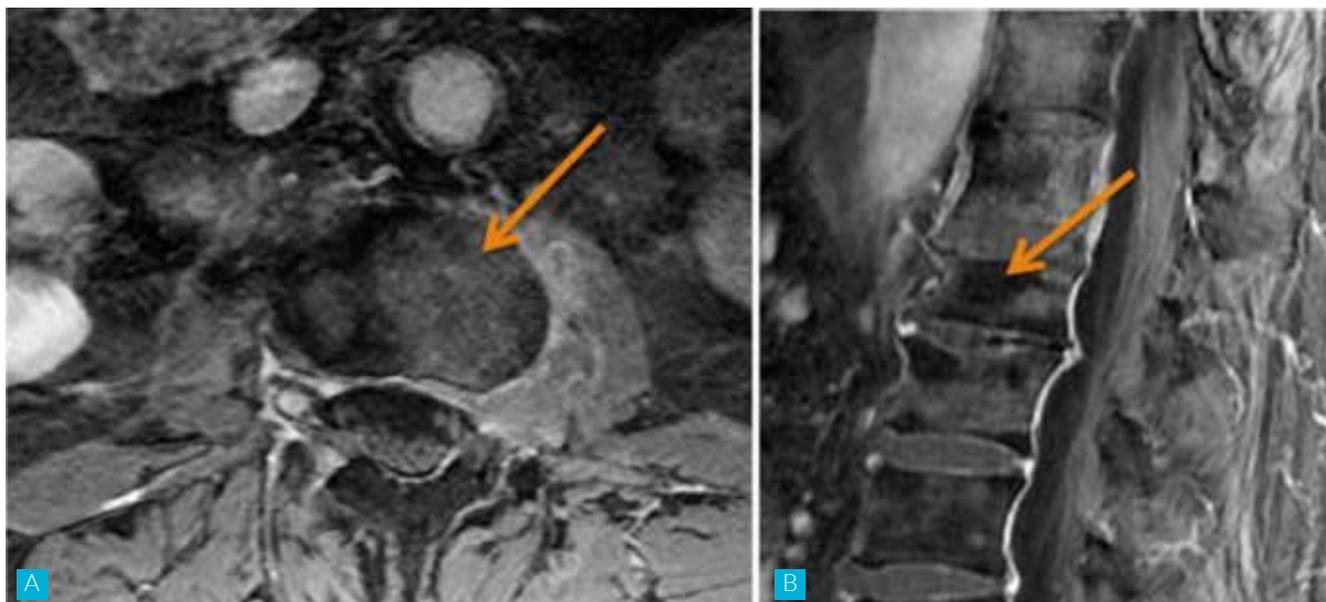
## INTRODUÇÃO

O carcinoma da próstata metastiza e manifesta-se de diversas formas, implicando por isso diferentes formas de tratamento. A introdução recente de novos fármacos para tratar esta patologia veio abrir várias possibilidades

de tratamento.<sup>1,2</sup> De seguida é apresentado um caso clínico de um doente diagnosticado com cancro da próstata metastizado *ab initio* com o objetivo de evidenciar a melhor escolha terapêutica de acordo com a situação clínica.

1.Serviço de Urologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal. 2.Instituto de Investigação de Ciências da Vida e da Saúde/Escola de Ciências da Saúde - Universidade do Minho, Braga, Portugal.

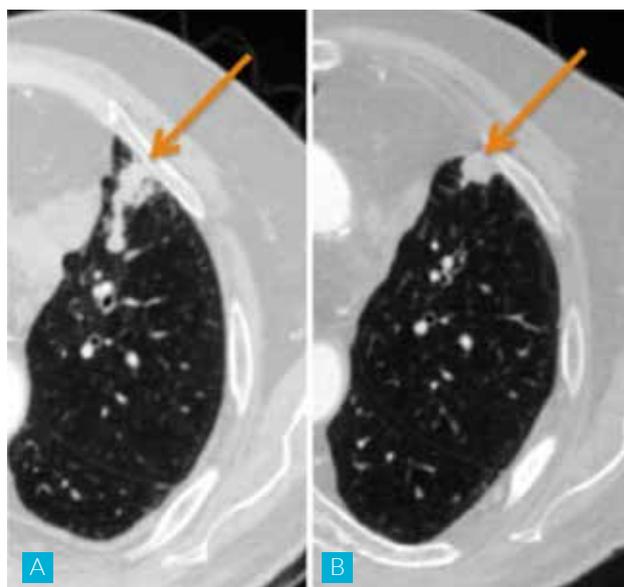
Recebido: 27/05/2016 - Aceite: 07/06/2016



**FIGURA 1.** Imagens de ressonância magnética onde se visualizam metástases ósseas (setas amarelas). Em A - cortes transversais. Em B - cortes sagitais.

## CASO CLÍNICO

Homem de 74 anos, com antecedentes pessoais de doença cardíaca isquêmica, com queixas de dor lombar com irradiação para o membro inferior direito, astenia e agravamento do estado geral com semanas de evolução. O toque retal revelou uma próstata de consistência endurecida. O estudo analítico solicitado revelou PSA=32,56 ng/mL. Foi realizada uma biópsia prostática trans-retal cuja histologia revelou a presença de adenocarcinoma da próstata Gleason 8 (4+4), em 9 de 11 fragmentos. A cintigrafia óssea revelou metástases na coluna cervical, lombar e bacia e a ressonância magnética da coluna vertebral mostrou que havia aparente compressão nervosa pelo processo metastático ósseo ao nível da coluna vertebral lombar (Fig. 1). O doente fez radioterapia da coluna vertebral e iniciou leuprorrelina (agonista LH-RH) e bicalutamida 150 mg (antagonista do recetor da testosterona), com melhoria rápida da dor lombar e redução do PSA (2,27 ng/mL após 3 meses). Passados 8 meses apresentou subida do PSA para 27,14 ng/mL (valores de testosterona total de 23 ng/dL). Iniciou quimioterapia com docetaxel na dose de 75 mg/m<sup>2</sup>, sendo, no entanto, necessário efetuar a redução da dose de quimioterapia para 50% devido a efeitos laterais marcados (fadiga e neutropenia). Após 6 ciclos de docetaxel o PSA encontrava-se em 10,71 ng/mL. Passados 4 meses, verificou-se progressivo agravamento do estado geral. Fez uma tomografia que evidenciou metastização pulmonar e adenomegalias retroperitoneais (Fig. 2A), com subida do PSA para 48,18 ng/mL. Foi iniciado o tratamento com abiraterona 1000 mg/dia + prednisona 10 mg/dia com excelente melhoria do estado geral, regressão imagio-



**FIGURA 2.** Imagens de tomografia computadorizada onde se verifica uma redução do tamanho das lesões pulmonares de A para B (setas amarelas) após início de tratamento com um antagonista da testosterona de nova geração.

lógica das metástases pulmonares (Fig. 2B) e diminuição do valor de PSA para 8,17 ng/dL passados 7 meses (atualmente).

## DISCUSSÃO

Da avaliação global deste caso clínico depende-se que o adenocarcinoma da próstata é uma neoplasia para a qual existem atualmente várias modalidades terapêuticas que podem ser utilizadas de acordo com as manifestações clínicas, localização das metástases e características histológicas.

Neste caso, a existência de metastização óssea na coluna vertebral com manifestações neurológicas associadas (compressão da espinal medula) tornaria desejável que o tratamento inicial fosse feito com um antagonista LH-RH ou com castração cirúrgica.<sup>1-3</sup> Dada a indisponibilidade de degarelix optou-se por bloqueio hormonal completo com bons resultados. Não foi realizado tratamento inicial com docetaxel porque na altura este apenas estava indicado no cancro da próstata resistente à castração, diferente do que atualmente é recomendado.<sup>1,2,4</sup>

Sendo o cancro da próstata uma doença de comportamento por vezes imprevisível queremos, neste caso clínico em concreto, realçar o excelente resultado da abiraterona na regressão imagiológica de metástases viscerais-pulmonares.

## CONCLUSÃO

O surgimento de novas drogas, como os novos anti-androgénios, abriu portas terapêuticas onde antes existia o fim de linha e a mera palição de sintomas.

**CONFLITOS DE INTERESSES:** Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesses na realização do presente trabalho.

**PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS:** Os autores declaram que os procedimentos seguidos na elaboração do presente trabalho estão em conformidade com as normas das comissões de investigação clínica e de ética, bem como da declaração de Helsínquia e da Associação Médica Mundial.

**FONTES DE FINANCIAMENTO:** Não houve qualquer fonte de financiamento na realização do presente trabalho.

**CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação de dados de doentes.

## REFERÊNCIAS

1. Carroll PR, Parsons JK, Andriole G, Bahnson RR, Castle EP, Catalona WJ, et al. NCCN Guidelines Insights: Prostate Cancer Early Detection, Version 2.2016. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016;14:509-19.
2. Mottet N, Bellmunt J, Briers E, Bolla M, Cornford P, De Santis M, et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines. Prostate Cancer. Update March 2016. [accessed March 2016] Available: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Prostate-Cancer-2016.pdf>.
3. Roviello G, Sigala S, Sandhu S, Bonetta A, Cappelletti MR, Zannotti L, et al. Role of the novel generation of androgen receptor pathway targeted agents in the management of castration-resistant prostate cancer: A literature based meta-analysis of randomized trials. *Eur J Cancer*. 2016;61:111-21.
4. James ND, Sydes MR, Clarke NW, Mason MD, Dearnaley DP, Spears MR, et al. Addition of docetaxel, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multiarm, multistage, platform randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;387:1163-77.