

11201
6
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Hospital Regional 20 de Noviembre
ISSSTE.

CARCINOMA PROSTATICO: DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO
POR TACTO RECTAL

T E S I S

Que para obtener el título de especialista en :

ANATOMIA PATOLOGICA

P r e s e n t a

DR. JOSE MARTIN CORONEL ENRIQUEZ



Asesor: Dr. Rodolfo Sánchez Cisneros

México, D. F.

Febrero 1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

INTRODUCCION -----	1
MATERIAL Y METODOS-----	3
RESULTADOS -----	4
CONCLUSIONES-----	12
BIBLIOGRAFIA -----	14

INTRODUCCION

El carcinoma de la próstata ocupa el 1er. lugar de todos los tumores malignos en el hombre¹. La mayor frecuencia se registra en Colombia y los Angeles en los Estados Unidos. El 95% de ellos son adenocarcinoma que provienen de los túbulos o acinis prostáticos.² Su frecuencia es mayor en adultos de edad avanzada, por arriba de los 50 años, y su incidencia aumenta en forma directamente proporcional a la edad³. Es un problema de salud pública puesto que se imbrinca en forma importante a la hiperplasia prostática (90%), e inclusive puede pasar inadvertido en un examen físico de rutina (20%)⁴. Existen algunos criterios importantes que ayudan a orientar el diagnóstico clínico, como el tacto rectal cuando es bien realizado y aunado a la experiencia el 80% de los carcinomas prostáticos pueden ser diagnosticados de esta manera⁵; es un método de diagnóstico precoz que el urologo y el médico general tienen a su alcance.

Se tendrá presente que 5 a 10% de los carcinomas prostáticos se manifiestan inicialmente por metástasis distantes, y estas constituyan la única sintomatología del paciente (dolor ose o fracturas patológicas).

Se ha considerado la influencia de diferentes factores, desde los genéticos (predisposición familiar), hormonales directos, (testosterona), el impulso sexual, algunos dietéticos, carcinógenos industriales y --- otros ⁶ De cualquier manera, la única oportunidad de ofrecer una mejor perspectiva de vida, es haciendo un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, ambos piedras angulares en el manejo de toda la patología humana. Es aquí donde un simple tacto rectal acucioso y bien orientado pueden ser la diferencia. No sin poner de manifiesto que la confirma--- ción diagnóstica únicamente se puede lograr con el examen histológico. Finalmente es bien sabido que el grado de diferenciación así como el -- grado de extensión del tumor son algunos de los datos más importantes - que nos ayudan a evaluar con mejor precisión el tipo de evolución que - pueda tener⁷.

Nuestro estudio consiste en la revisión de biopsias y piezas quirúrgicas del departamento de patología del Hospital Regional 20 de Noviembre en un periodo de 5 años, que comprende del año 1984 al 1988, para encontrar la frecuencia del carcinoma prostático.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los archivos del departamento de patología del hospital regional 20 de Noviembre en un lapso de 5 años (1984-1988) en donde - hubo 53,454 piezas quirúrgicas y/o biopsias, se procedió a detectar aquellas cuyo diagnóstico fuera de carcinoma prostático, de estos se buscó en los expedientes clínicos cuales contaban con datos de exploración física (para nosotros el tacto rectal), cuadro clínico, edad, estadificación. De todos aquellos incluidos en estudio, se hizo una revisión de las laminillas (constituidas por biopsias, resecciones -- transuretrales o resecciones totales) para hacer la gradación de acuerdo con la clasificación de Gleason ⁽⁶⁾, así mismo se revisó la sintomatología, el tiempo de evolución de la misma, clasificación por estadio y finalmente se hizo la correlación clínico-patológica de la exploración física con el diagnóstico histopatológico y en algunos la clasificación por etapas (A-D o I-IV). El tamaño de la próstata fue estimado por palpación a través de la pared rectal anterior como:

Protuberancia prostática normal	0 - 1 cm
grado I	1 - 2 cm
grado II	2 - 3 cm
grado III	3 - 4 cm
grado IV	+ de 4 cm.

Finalmente se colocaron en tablas de frecuencia para su análisis.

RESULTADOS

De un total de 53,454 piezas quirúrgicas y/biopsias estudiados en el departamento de patología, 1119 correspondieron a la próstata (que representan el 2.09% del total) de estas 279 tuvieron diagnóstico de carcinoma (que representan el 24.9% de las que corresponden a la próstata y el 0.52% del total). De estas se excluyeron 150 por diversas razones (no se contó con expediente, no se había realizado tacto rectal, se trataba de laminillas de consulta o eran muestras del mismo paciente). De las 129 que reunieron los requisitos para este estudio, representan el 11.52% de las que corresponden a la próstata, se encontró que la media de edad fue de 69.89 años y una desviación estandar de 8.93 y un rango de 50-94 años (tabla I).

TABLA I

PERIODO DE TIEMPO	1984-1988
TOTAL DE BIOPSIAS Y PIEZAS QUIRURGICAS	53,454
TOTAL DE CASOS CON PATOLOGIA PROSTATICA	1,119
TOTAL DE CASOS CON CARCINOMA PROSTATICA	279
CASOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO	129

Se dividió por la edad en quinquenios, la mayoría correspondió al grupo de 66-70 años con 29 casos y un 22.48%, el grupo de 71-75 años le siguió en frecuencia con 23 y un 17.82%, el grupo de 76-80 años con 20 casos y el 15.5% y 18 para aquellos pacientes mayores de 80 años con el 13.95%, lo cual corresponde a un 69.76% de pacientes mayores de 66 años el resto fueron menores y correspondió a 39 pacientes con el 30.23% que dando como sigue; 9 para el grupo de 50-55 y el 6.97%, 11 para el grupo de 56-60 y el 8.5%, y finalmente 19 para el grupo de 61-65 con el 14.72 como se observa en la tabla II y la gráfica

FRECUENCIA DE PACIENTES CON CARCINOMA PROSTATICO EN GRUPOS DE 5 AÑOS

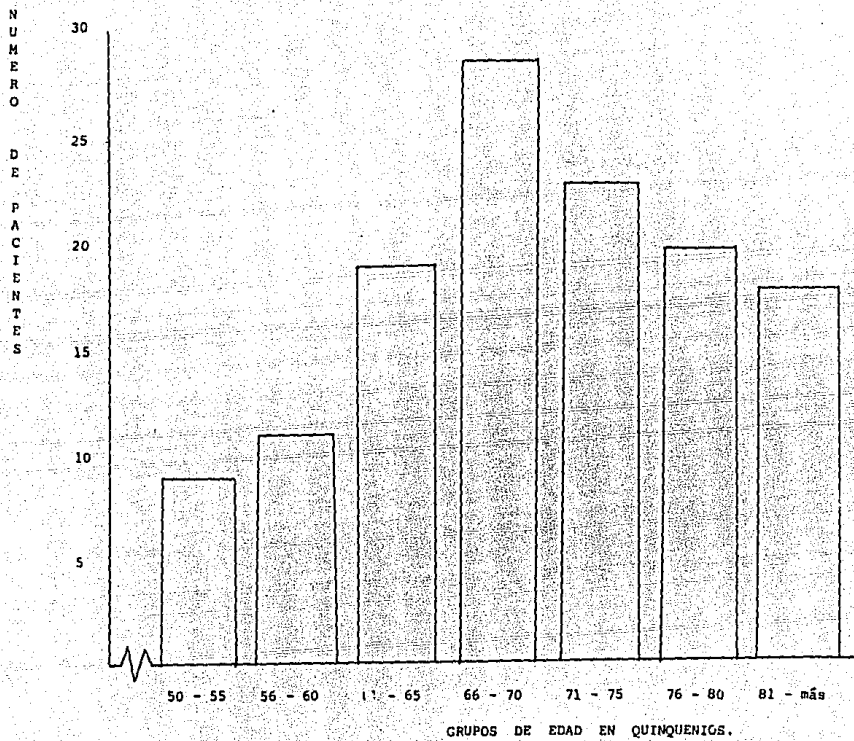


TABLA II

EDAD (en grupo de 5 años)	No. de pacientes	%
50-55 años	9	6.97
56-60	11	8.52
61-65	19	14.72
66-70	29	22.48
71-75	23	17.82
76-80	20	15.50
81 o más	18	13.95
TOTALES	129	100.00
PACIENTES MAYORES DE 65 años	90	69.76
PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS	39	30.23
TOTALES	129	100.00

En cuanto a los datos clínicos se observó que del total de pacientes la sintomatología más frecuentemente encontrada fue el síndrome urinario - irritativo bajo con 40 casos que representan el 31%, en orden de frecuencia le siguió el síndrome urinario obstructivo bajo con 31 pacientes y un 24.05%, posteriormente la retención aguda de orina que se presentó - en 29 pacientes con el 22.42%, la hematuria con 15 pacientes y el 11.62 la pérdida de peso y el dolor óseo con 16 pacientes y el 12.40%, en 6 - casos no se presentó sintomatología con el 4.6%, en un caso se aunó un linfoma, como queda representado en la tabla III. En 9 pacientes se encontró la triada característica de SUIB, SUOB y RAO los cuales son incluidos en cada apartado.

TABLA III

CARACTERISTICAS CLINICAS	NO. DE PACIENTES	%
SINDROME URINARIO IRRITATIVO BAJO	40	31
SINDROME URINARIO OBSTRUCTIVO BAJO	31	24.05
RETENCION AGUDA DE ORINA	29	22.42
HEMATURIA	15	11.62
PERDIDA DE PESO Y/O DOLOR -- OSEO	16	12.40
ASINTOMATICO	6	4.6
TOTAL	137	

Nota.- el total no corresponde al número de pacientes puesto que en 9 casos se anotaron en más de un apartado.

En cuanto a la exploración física, comprendida basicamente por el tacto rectal se encontró que la consistencia varió de normal, adenomatosa, dura, hasta pétreo, en la primera se encontró que 9 pacientes no tuvieron alteración, que representan el 6.97%, en la segunda hubo 26 pacientes - con el 20.15%, en el tercer apartado se encontró 36 casos con el 27.9% y finalmente 58 para la cuarta (pétreo) y el 44.96% lo cual se representa en la tabla IV .

En algunos casos también se pudo recopilar otros datos en la exploración física como son características de los bordes, si son regulares o no, a lo que correspondió 35 y 20 casos con el 27.13 y el 15.57% respectivamente, en el caso del resto no se encontró consignado. El dolor, se encontró en 15 pacientes y el 11.62%, la fijación a planos profundos en 9 y el 6.97%, en 4 fue libre y el 3.1% el resto no se valoró. (tabla V).

TABLA IV

CARACTERISTICAS A LA PALPACION	No. DE CASOS	%
NORMAL	9	6.97
ADENOMATOSA	26	20.15
DURA	36	27.9
PETREA	58	44.96
TOTALES	129	100.00

TABLA V

CARACTERISTICA	No. DE CASOS	%
DOLOR	15	11.62
FIJACION A PLANOS PROFUNDOS	9	6.97
LIBRE	4	3.1
<u>BORDES:</u>		
REGULARES	35	27.13
IRREGULARES	20	15.57

En cuanto al tamaño de la próstata, se clasificó en grados del I al IV como se describió previamente, en donde se encontró que del total 11 se reportaron como normales que representan el 8.52%, la protuberancia de grado I con 6 y el 4.60%, la grado II con 18 y el 13.95%, la que se observó con más frecuencia fue la grado III con 58 casos y el 44.96%, - finalmente la grado IV con 36 pacientes y el 27.9% lo cual se observa en la tabla VI.

TABLA VI

PROTUBERANCIA	No. DE PACIENTES	%
NORMAL	11	8.52
GRADO I	6	4.6
GRADO II	18	13.95
GRADO III	58	44.96
GRADO IV	36	27.90
TOTALES	129	100.00

Por lo que se refiere a la clasificación de Gleason y su contrapartida por el grado de diferenciación, quedo como sigue: 75 pacientes que tuvieron carcinomas bien diferenciados que corresponden a los grados I-II en la clasificación de Gleason los cuales representan el 58.13%, 29 moderadamente diferenciados que corresponden a los grados III y IV en la clasificación de Gleason que representan el 22.48%, finalmente hubo 25 pacientes con adenocarcinomas poco diferenciados que corresponden al grado V en la clasificación de Gleason y representan el 19.37% lo cual se observa en la tabla VII. Del total, es decir de los 279 casos se registraron 35 defunciones que representan el 12.5%, de los cuales 16 tuvieron adenocarcinomas grado V que representan el 45.71% de las defunciones y el 5.7% del total; 11 pacientes murieron con carcinomas grado I-II (bien diferenciado) con el 3.95% del total de biopsias y el 31.42% del total de defunciones, finalmente se reportaron 8 casos de defunción con carcinomas grado III-IV (moderadamente diferenciado) que representan el 22.85% del total de muertes y el 2.86% de las biopsias con carcinoma (tabla VII).

TABLA VII

GRADO DE DIFERENCIACION	No. DE PACIENTES	%
BIEN DIFERENCIADO (Gleason I-II)	75	58.13
MODERADAMENTE DIFERENCIADO (Gleason III-IV)	29	22.48
POCO DIFERENCIADO (Gleason V)	25	19.37
TOTALES	129	100

TABLA VIII

MORTALIDAD POR CARCINOMA DE ACUERDO AL GRADO DE DIFERENCIACION		
BIEN DIFERENCIADO	11	31.42
MODERADAMENTE DIFERENCIADO	8	22.85
POCO DIFERENCIADO	16	45.71
TOTALES	35	100.00

Por lo que respecta a la clasificación por etapas del padecimiento, se observó lo siguiente; en etapa A se encontraron 11 pacientes que representan el 8.52%, en la etapa B 19 casos con el 14.72%, en la etapa C - 36 casos con el 27.9% y finalmente en la etapa D donde se encontró la mayor frecuencia con 63 casos y el 48.83%. (tabla IX). En cuanto al sitio de metástasis el más frecuente se encontró en los huesos principalmente en la pelvis, la columna y costillas en ese orden, en 54 casos que representan el 41.86% y el 85.7% del total de pacientes y de aquellos que presentaron metástasis, le siguieron en orden de frecuencia el hígado con 12 y el 9.3% del total y el 19.04% de pacientes en etapa D, en el pulmón con 10 y el 7.75% del total, y el 15.87% de los que tuvieron metástasis. (tabla X).

TABLA IX

ETAPA DE LA ENFERMEDAD	No. DE PACIENTES	%
ETAPA A	11	8.52
ETAPA B	19	14.72
ETAPA C	36	27.90
ETAPA D	63	48.83
TOTALES	129	100

TABLA X

SITIO DE METASTASIS EN 63 PACIENTES

OSEAS	54	85.7
HEPATICAS	12	19.4
PULMONARES	10	15.87

Nota.- en algunos casos hubo metástasis múltiples por lo cual el total se modificó.

COMENTARIOS

Pudimos concretar, la frecuencia del carcinoma de próstata es mayor a partir de los 65 años, los casos extremos que en nuestro estudio fueron de 50-94; en cuanto a la sintomatología fue muy similar a la que se observa en la hiperplasia prostática, con la que en más de la mitad de -- los casos puede ser confundida. Otros datos mas orientadores a enfermedad metastásica o neoplásica maligna como el dolor oseco, la pérdida de peso y la anemia son datos clínicos menos frecuentes y cuya presencia se asoció a mal pronóstico, como describen MacLaughlin y Cole⁷. El dato de exploración física que más ayuda para el diagnóstico es el de la consistencia pétreo, otros como la fijación a planos profundos y el tamaño que fue de 3 cm tambien son importantes pero en menor grado. Se -- debe tener presente que existen carcinomas microscópicos con hiperplasia sobreañadida y alteraciones de tipo inflamatorio como cálculos y -- que pueden ser diagnosticados erroneamente. En nuestro hospital la enfermedad metastásica es más frecuente que la reportada por otros autores^{8,9}, esto es debidoa que se trata de un hospital de concentración en donde se manejan pacientes enviados de otras unidades con etapas avanzadas del padecimiento y en quienes la indicación de traslado es para manejo quimioterápico o de tipo paliativo. Finalmente se observó que la -- mayoría de los carcinomas prostáticos son del tipo bien diferenciado en tal caso se esperaría una mejor respuesta al tratamiento, pero la falta de diagnóstico temprano han dado como resultado que la mortalidad se vea poco modificada en lo que se refiere al grado de diferenciación del tumor, puesto que el número de muertes fue mayor en los carcinomas bien -- diferenciados que en los moderadamente diferenciados, esto puede ser re

sultado de la mayor frecuencia que observamos en los primeros y por --
otro lado lo avanzado del padecimiento que en poco menos de la mitad
presentaban metástasis distantes en cuyo caso el pronóstico se ensom--
brece.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Registro nacional del cancer 1989, dirección general de epidemiología, Distrito Federal.
- 2.- Netter, Frank H., Colección Ciba de ilustraciones médicas, tomo II, 1era. Edición, Editorial Salvat, 1984
- 3.- Barnes W., Urología, II edición, Editorial fondo educativo interamericano, 1979'.
- 4.- Rubin Flocks H., et all, Carcinoma de la próstata, Clínicas urológicas de Norteamérica, 116-187, 1975.
- 5.- Spigelman Samuel S, et all, Rectal examination in volume determination of carcinoma of the prostate: clinical and anatomical correlations. J. Urol. 136:1228-1230, 1986.
- 6.- Gardner, William A., et all, Atrophy and proliferation in the young adult prostate, 137:53-56, 1987.
- 7.- Blute, Michael L., et all, Long-term followup of young patients with estage A adenocarcinoma of prostate, Vol. 136: 840-843, 1986.
- 8.- Benson, Mitchell C., et all, Prostate cancer in men less than 45 - years old: influence of stage, grade and therapy, Vol. 137: 888-890, 1987.
- 9.- Raghavaiah, Prostatography, Vol. 121: J. Urol.: 174-180, 1979.
- 10.- Catalona, William J., Staging erros in clinically localized prostatic cancer, J. Urol.: Vol. 127; 452-456, 1981.
- 11.- Carter, Ballentine H., Fine needle aspiration of the abnormal prostate: a cytohistological correlations, J. Urol: Vol. 135; 294-298, 1986.