

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN UROLOGÍA

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

“CANCER DE PRÓSTATA. REVISIÓN DEL ESTADO ACTUAL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO”

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE: ESPECIALISTA EN UROLOGÍA

PRESENTA

Dr. Alejandro Olivares López.

Médico residente del servicio de Urología.

Asesor y director de tesis:

Acad. Dr. Carlos Viveros Contreras

Médico Jefe de Servicio de Urología.

Titular del Curso de posgrado en Urología

Hospital Juárez de México. SSA



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 esta 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.

Dedicatoria:

En primer lugar a mi madre, guía, apoyo, luz, comprensión y amor sincero, que me quiere sin interés; sin ella nada habría sido posible.

A mi padre que desde el cielo continúa siendo guía, ejemplo y fortaleza.

A mi esposa, por la gran ayuda brindada a este proyecto, y todas esas tardes de apoyo y amor.

A mis maestros y amigos de Urología, Dr. Viveros, Dr. Lugo, Dr. Arellano, Dr. Torres, Dr. Roveló, Dr. Bazán, Dr. Sánchez G, Dr. Romero, que día a día transmitieron sus conocimientos, experiencias y cariño.

Al Dr. Padrón, amigo de la familia y de mi padre.

A mi familia, amigos, y a mis compañeros de residencia y de 4 patas.

ÍNDICE:

Contenido

Dedicatoria

Índice

Introducción

Justificación

Planteamiento del problema

Hipótesis

Objetivos generales

Objetivo específicos

Diseño del estudio

Material y Métodos

Descripción general del estudio

Resultados

Discusión

Conclusiones

Anexos

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ENFERMEDAD

La próstata es el órgano genital masculino que con mayor frecuencia se ve afectado por neoplasias malignas y benignas. De ellas, la hiperplasia prostática benigna, es el padecimiento que con mayor frecuencia se diagnostica, siendo de gran importancia clínica y económica en todo el mundo. Los procesos malignos de la glándula prostática incluyen adenocarcinoma, adenocarcinoma mucinoso, carcinoma de células pequeñas, adenocarcinoma de conductos prostáticos, carcinoma epidermoide, rhabdomyosarcoma, leiomyosarcoma, tumor Phyllodes de próstata, tumores de células transicionales y linfomas. (1-2)

IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO

En México, en 2001, las neoplasias malignas ocuparon el segundo lugar en la tabla de mortalidad general. El cáncer de próstata fue la segunda neoplasia más frecuente, en el hombre en edad post-productiva, con 4 030 defunciones y tasa de 71.7 por 100 mil en el grupo de 65 años y más. Durante el 2001 el RHNM (Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas) lo ubicó en el cuarto lugar respecto a la localización con 11 123 casos, correspondiéndole el 7.2% del total de neoplasias registradas, el tipo histológico más frecuente reportado es el adenocarcinoma. (3)

De acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias en México, la notificación por institución, el sector público reportó más del 70% de los casos y el sector privado, el 22.6%.

Las entidades con mayor número de casos son: Distrito Federal con 1621 casos, Jalisco 660, Nuevo León 471 y Veracruz con 245 casos. Esto hablando en números absolutos, pero en cuanto a tasas en Michoacán 25.4, Nayarit 24.5, Durango 23.6 y San Luis Potosí 23.2 (3)

La prevalencia en la población, es decir el número de casos existentes, se desconoce; pero se trata de un tumor que aumenta progresivamente con la edad (igual que la hiperplasia benigna de próstata). En estudios sobre autopsias se ha encontrado que el 10.6% en los varones de 50 a 59 años, el 43.6% entre los 80 y 89 años y el 83% de los varones de 90 a 99 años tienen cáncer de próstata.

Durante la última década (1990 a 1999), la tendencia de la mortalidad ha sido ascendente, habiéndose incrementado en un 34.4 por ciento, al elevar sus tasas de 2.79 a 3.75 por 100 mil habitantes. En los varones, los tumores malignos son la tercera causa de muerte con 31 010 defunciones, que significan 11.3% de los fallecimientos de hombres, En los varones, las tres principales causas de muerte por tumores malignos en el año corresponden a los de: próstata (17.1%), tráquea, bronquios y pulmón (16.6%) y estómago (10.4 por ciento). (3)

En el mundo el panorama es similar, cobijado por el uso del antígeno prostático, existen variaciones individuales, dependiendo de cada país (3).

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

El cáncer de próstata rara vez causa síntomas, por lo que la presencia de síntomas sugiere enfermedad localmente avanzada o metastásica. (4)

La combinación de tacto rectal, antígenos prostático y ultrasonido, es la línea más útil para evaluar el riesgo de cáncer de próstata. (5)

El antígeno prostático es una glucoproteína, tipo serina proteasa, con un peso molecular de 33 mil kd, y su cadena polipeptídica contiene 240 aminoácidos. (6) Se encuentra en forma libre o unida a alfa-1antiquimiotripsina. Su medición es útil para el diagnóstico y seguimiento del cáncer de próstata (7).

La medición del APE, adelanta el diagnóstico de cáncer de Próstata, determinándose el umbral de 4 ng/dl como punto de corte, sin embargo algunos autores sugirieron disminuir el punto de corte para estos efectos, pero no se comprobaron utilidades clínicas, ya que la probabilidad de curación es similar con puntos de corte de 4 o menores (8)

Se ha comprobado que los hombres con cáncer de próstata tienen un porcentaje mayor de APE ligado a proteínas, que los hombres sin cáncer. (9). Es de suma utilidad esta medición, debido a que en casos de tacto rectal negativo, y con valores de APE de 4-10 ng/ml, se observa una sensibilidad del 95% , en biopsias, y siguieren un punto de corte del 25% de fracción libre para indicar la biopsia. (10)

BIOPSIA TRANSRECTAL DE PRÓSTATA

El cáncer de próstata representa un grave problema de salud constituyendo una de las causas más importantes de fallecimiento en varones de más de 50 años. Históricamente el diagnóstico de la enfermedad se limitaba al tacto rectal y la biopsia prostática digito dirigida. Con la introducción en la década de los ochenta del antígeno específico prostático, la detección de cáncer de próstata ha aumentado, en especial en fases precoces. Con los métodos actuales disponibles para su detección, el riesgo de detectar un cáncer de próstata durante la vida de un varón adulto se estima en torno al 16% con un riesgo de fallecimiento del 3,5% (11).

Indicaciones

La biopsia prostática constituye el único procedimiento para confirmar el diagnóstico de cáncer de próstata. Los enfermos con sospecha clínica con expectativa de vida superior a 10 años, elevación de las cifras de antígeno específico prostático (PSA) en los análisis rutinarios o, en menor medida, por una palpación prostática anormal (nódulo palpable, induración o asimetrías), son candidatos a biopsia prostática (12)

La palpación prostática tiene un elevado valor predictivo positivo, pero en pocas ocasiones los pacientes con tacto rectal anormal presentan enfermedad órgano-confinada además la baja reproducibilidad debido a percepciones individuales. (13)

En los pacientes con tacto rectal normal, y antígeno elevado, deben seguirse las recomendaciones del APE en zona gris, con una fracción libre que se ha considerado como

menor a 25% , en valores específicos de APE de 4-10 ng/ml, y se sugiere biopsia en pacientes con APE mayor 10 ng/ml, independientemente del tacto.(14)

Tipos de biopsia

Biopsia a ciegas: Guiada solamente por el tacto rectal de zonas sospechosas. (15)

Biopsia Guiada por ultrasonido: Se realiza en las áreas sospechosas por imagen o en patrones previamente establecidos según la necesidad de cada paciente, y es el principio básico sobre la técnica de biopsias contemporáneas.(15)

Biopsia por sextantes: Es el patrón de oro de la actualidad, con seis muestras de cada lóbulo. (15)

Biopsias anteriores: Se utilizan, cuando la sospecha de neoplasia en la zona anterior es alta y la biopsia de las otras zonas es negativo. (15)

Biopsias laterales: Se realizan en búsqueda específica de tumor en esta localización. (15)

Biopsia de campo extendido (saturación): Se indican en la rebiopsia, con una técnica que consiste en tomar fragmentos cada 10 grados, en cada lóbulo, esto para detectar tumores pequeños. (15)

Biopsias repetidas: Se realizan cuando a pesar de uno o dos resultados negativo en la biopsia, pero con una alta sospecha de cáncer sobre todo por APE elevados. Después de 2 rebiopsias, rara vez esta indicada una cuarta, excepto en los casos en que exista, APE elevado, y tacto sospechoso. (15)

Biopsia transperineales: Actualmente en desuso

Patología:

El diagnóstico del cáncer clínicamente insignificante en una biopsia prostática no es infrecuente y puede tener consecuencias desafortunadas, suele conducir a un tratamiento con morbilidad asociada que puede no ser necesario (16). Además del diagnóstico del tumor, es necesario valorar aquellos datos patológicos que puedan influir en la toma de decisiones terapéuticas. Sería de gran valor, en la práctica diaria, tener un marcador objetivo, sensible y específico para la identificación del tumor agresivo (17). Muchos de los factores predictivos en el cáncer de próstata son derivados del estudio microscópico del tumor. Dos Conferencias Internacionales de Consenso, celebradas en 1999 y patrocinadas por Colegio de Patólogos Americanos (CAP) y la OMS, han establecido los factores pronósticos para el uso rutinario en las piezas de prostatectomía radical (18).

El sistema de Gleason, que ha supuesto una forma universal de unificación de los datos histológicos del adenocarcinoma prostático, se ha mostrado como un método en el que, aunque tenga un aceptable grado de reproducibilidad (19), la subjetividad y el entrenamiento específico de los patólogos influyen en su valoración. Basados en la experiencia, en este tipo de biopsias un adenocarcinoma con una valoración de Gleason menor de 5 lo más probable es que esté infragrado o que se trate de una lesión benigna simuladora de cáncer.

La drástica disminución de cánceres de próstata diagnosticados como enfermedad sintomática y generalmente metastásica, se ha visto sustituida por una mayor proporción de tumores órgano-

confinados, con una reducción significativa de la carga tumoral en la glándula, con una distribución microscópica multifocal. Aquellos tumores, con puntuación de Gleason menor de 7 y poca masa tumoral en la biopsia, tanto por su probable pequeño tamaño como por su buena diferenciación, son neoplasias sin probable significado clínico en la restante vida del paciente. Pero hay casos excepcionales, en los que un tumor, con todos los criterios favorables en la biopsia, se ha mostrado con afectación masiva en la pieza de prostatectomía, incluso, con extensión extraprostática. Esta situación podría ser debida a la localización primaria del tumor en la parte anterior de zona de transición o de la periférica con crecimiento hacia la lámina anterior prostática. (30)

Para la clasificación en estadios se utiliza el sistema TNM de 2002 del American Joint Comitee Cancer (21), lo que al clasificarlo en estadios permite el manejo, estudio, tratamiento y pronósticos según acuerdos universales.

Clasificación TNM

La Clasificación sólo se aplica a los adenocarcinomas.

El carcinoma de células transicionales de la próstata se clasifica como un tumor uretral.

Debe existir confirmación histológica de la enfermedad.

Los procedimientos para valorar la Clasificación T, N y M son:

Categoría T: Exploración física, técnicas de imagen, endoscopia, biopsia y test bioquímicos.

Categoría N: Exploración física y técnicas de imagen.

Categoría M: Exploración física, técnicas de imagen, estudios esqueléticos y test bioquímicos.

Los ganglios linfáticos regionales son los ganglios de la pelvis menor que, fundamentalmente, son los ganglios ilio pélvicos localizados por debajo de la bifurcación de las arterias iliacas primitivas.

La lateralidad no afecta a las categorías N.

Tumor primario:

Tx No se puede evaluar el tumor primario.

T0 No hay evidencia de tumor primario.

T1 Tumor no evidente clínicamente, no palpable ni visible mediante técnicas de imagen.

T1a Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión menor o igual al 5% del tejido reseado.

T1b Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión mayor del 5% del tejido reseado.

T1c Tumor identificado mediante Punción de biopsia (por ejemplo a consecuencia de un PSA elevado).

T2 Tumor limitado a la próstata.

T2a El tumor abarca la mitad de un lóbulo o menos.

T2b El tumor abarca más de la mitad de un lóbulo pero no ambos lóbulos.

T2c El tumor abarca ambos lóbulos.

T3 Tumor que se extiende a través de la cápsula prostática.

T3a Extensión extracapsular unilateral o bilateral.

T3b Tumor que invade la/s vesícula/s seminal/es.

T4 Tumor fijo o que invade estructuras adyacentes distintas de las vesículas seminales: cuello vesical, esfínter externo, recto, músculos elevadores del ano y/o pared pélvica.

Ganglios linfáticos

Nx No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales

N0 No se demuestran metástasis ganglionares regionales

N1 Metástasis ganglios linfáticos regionales.

Estado de metástasis

Mx No se pueden evaluar las metástasis a distancia.

M0 No hay metástasis a distancia.
M1 Metástasis a distancia
M1a Ganglio/s linfático/s no regionales.
M1b Hueso/s
M1c Otra/s localización/es

Clasificación del grado tumoral

GX No se puede evaluar el grado de diferenciación
G1 Bien diferenciado (anaplasia débil) (Gleason 2-4)
G2 Moderadamente diferenciado (anaplasia moderada) (Gleason 5-6)
G3-4 Pobremente diferenciado/indiferenciado (marcada anaplasia) (Gleason 7-10)

El manejo actual del cáncer de próstata incluye los tratamientos curativos, con cirugía, braquiterapia, radioterapia o crioterapia, para aquellas enfermedades, que acontecen en sujetos con expectativas de vida mayores a 10 años, enfermedad localizada, bien diferenciada. En casos seleccionados es recomendable la observación, dependiendo de una consideración individual. Para los pacientes con enfermedad, a la cual no es posible realizar intentos curativos, se reservan manejos hormonales, de quimioterapia, radioterapia de salvataje, o inyección de isótopos radioactivos (22) (23).

JUSTIFICACIÓN

El adenocarcinoma de próstata, es la neoplasia maligna más común de la glándula , y a pesar de que se ha diagnosticado en etapas tempranas, la mortalidad sigue siendo muy similar a otras épocas. El alto costo de los programas de detección en personas más jóvenes, y los altos costos de tratamiento a largo plazo, sugiere que el diagnóstico sea establecido con claridad, para otorgar tratamiento oportuno, específico y adecuado. En nuestro servicio ocupa el primer lugar dentro de las neoplasias malignas. Diagnosticadas en total 231 casos en el período de 2003 a 2007.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿CUAL ES EL ESTADO ACTUAL DEL CANCER DE PRÓSTATA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO?

HIPÓTESIS REAL

En el servicio de Urología del Hospital Juárez de México, se está realizando una detección oportuna, de los pacientes con cáncer de próstata, usando los métodos diagnósticos adecuados, ofreciendo un tratamiento eficaz y necesario.

HIPÓTESIS NULA

En el servicio de Urología del Hospital Juárez de México, no se está realizando una detección oportuna, de los pacientes con cáncer de próstata, sin usar los métodos diagnósticos adecuados, y no se ofrece un tratamiento eficaz y necesario.

OBJETIVO GENERAL

- Establecer un panorama sobre el diagnóstico, tratamiento de los pacientes con cáncer de próstata en el Hospital Juárez de México

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la edad de diagnóstico promedio del cáncer de próstata.
- Establecer el estadio más común en que se establece el diagnóstico.
- Establecer el número de pacientes diagnosticados por biopsia transrectal.
- Establecer el número de pacientes diagnosticados por pieza de cirugía de resección y transvesical.
- Indicar la suma de Gleason más común.
- Determinar los métodos de tratamiento utilizados.
- Determinar los métodos de seguimiento, y el tiempo del mismo.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Clínico, descriptivo, transversal, retrospectivo, estudio de casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en el presente estudio, a los pacientes que fueron atendidos en el Hospital Juárez de México, con diagnóstico de cáncer de próstata, mismo al que se llegó por sospecha clínica de cáncer de próstata, o como hallazgo en una pieza por enfermedad benigna; en el período de enero 2003 a diciembre de 2007, y que se encontraron expedientes completos, para poder desarrollar el estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

186 pacientes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- De cualquier edad
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata, en el Hospital Juárez de México

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes en quienes se diagnosticó y trató la enfermedad en otro hospital.
- Y que por alguna causa están siendo manejados ya en nuestro hospital.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes con expedientes incompletos

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se revisaron expedientes de los pacientes a quienes se les diagnosticó cáncer de próstata en el período de enero de 2003 a diciembre de 2007, en el Hospital Juárez de México. Todo esto con el fin de establecer un panorama de diagnóstico, tratamiento y manejo de estos pacientes.

RESULTADOS

Se encontraron con reporte histopatológico de cáncer de próstata un total de 231 pacientes, de enero de 2003 a diciembre de 2007, de los cuales se obtuvo expediente completo de 186; y estos se incluyeron en el estudio. Estos 231 casos, ubica a esta enfermedad como el primer lugar de las neoplasias en nuestro servicio, según consta en los registros estadísticos del Hospital.

Las frecuencias de diagnóstico por año con expediente completo son las siguientes, en el 2003 40 casos, 2004 con 37 casos, 2005 con 34 casos, 2006 con 34 casos y 2007 en el que se recuperaron 41 expedientes.

Con edad promedio de diagnóstico de 68.82 años, el de menor edad de 17 años, y el de mayor de 86 años. Se presentó para atención un solo paciente con religión de testigo de Jehová, el resto de consignaron como católicos.

El grado de escolaridad que se presentó con más frecuencia fue el de la primaria, con un porcentaje de 81.81%.

Los reportes histopatológicos, arrojan un promedio de suma de Gleason por año, que fue de 6 para el 2003, 5 para el 2004, 6 para el 2005, 6 en el 2006, y de 6 en el 2007, haciendo un promedio de los 5 años de 6. Se encontraron resultados en los cuales no se estableció la suma de Gleason, estos suman 3. Además de Adenocarcinoma se reportaron 2 casos con estirpe distinta, un tumor Phyllodes, y un tumor mucinoso de próstata.

Los diagnósticos efectuados en nuestro servicio, se distribuyeron en 2 grandes grupos, el primero engloba a los pacientes con sospecha de cáncer de próstata, a los que se les realizó BIOPSIA TRANSRECTAL, y que correspondió a un 69.53%, y el segundo grupo, al que se llegó al diagnóstico por medio de RTUP, en pacientes sin sospecha de cáncer que alcanzó un 31%..

Los valores del APE, se distribuyeron como menor de 4 ng/ml en 10.8%, de 4 a 10 ng/ml 17.18%, mas de 10 ng/ml 71.63%.

Los tratamientos brindados, comprenden el espectro de prostatectomías radicales 11.82%, hormonoterapia 72.04%, el resto se dividió entre los tratamientos como Radioterapia 6.45%, Quimioterapia 2.15%, o vigilancia en un 4.06%. Un 2% abandonó el seguimiento. Se destaca que practicaron 63 orquiectomías. El estado general de los pacientes, se estableció también en los expedientes, como uno de los factores, para recibir tratamiento de cirugía radical, en forma independiente de la edad; pero hay que dejar bien establecido, que al paciente se le evaluó en forma integral, tomando en cuenta todos y cada uno de los puntos determinantes. De esta forma, el tratamiento hormonal fue reservado a aquellos que no eran candidatos a curación.

DISCUSIÓN

La incidencia real del cáncer de próstata en el período de 2003 al 2007, en el Hospital Juárez de México, fue de 231 casos diagnosticados, según registros de histopatología y estadística, con un promedio de 46 casos al año. Sin embargo por ausencia de expedientes o, que estos estuvieran incompletos, fueron eliminados 45 expedientes en total, pero debido al tamaño de la muestra, esta sigue siendo representativa del padecimiento en nuestro Hospital.

La edad promedio del diagnóstico de 68.82 años, nos ubica como un lugar en el cual es difícil ofrecer tratamientos curativos, debido a situarse en el límite máximo para este efecto. Hubo un 1 paciente de 17 años, tuvo una variante histológica sumamente rara, el tumor Phyllodes, que no se presenta en edades avanzadas, alcanzando una frecuencia de menos de 0.1% según la literatura.

Se estableció que se realizó un estudio con protocolo completo clínico y paraclínico en todos los pacientes, pero no uniforme; es de destacar que se ofrecieron pocos tratamientos curativos, debido a enfermedad avanzada, o por la edad del paciente. Señalamos con gran interés la baja escolaridad de nuestra población de estudio, ya que un porcentaje elevado de un 81% tuvo educación básica, que afecta a la prontitud en la búsqueda de la atención de la enfermedad, así como en el entendimiento y seguimiento de las indicaciones y tratamiento por parte de los médicos. Esto revela un problema socioeconómico, pero no excluyente de

nuestro Hospital, sino en general de la población de recursos limitados en nuestro país, debido a la dificultad de acceso a los servicios de salud, problemas económicos, culturales, de lejanía del centro de atención médica, etc.

Solo 1 caso profesa la religión de Testigo de Jehová, por lo que las creencias religiosas, y las posibles transfusiones, no afectaron la decisión sobre el tratamiento curativo del problema.

Las revisiones microscópicas de los reportes histopatológicos, nos indican un promedio de suma de Gleason de 6, en los 5 años que se revisaron, lo cual representa un tumor moderadamente diferenciado, según los grupos en que se divide esta escala. Cabe señalar algunas inconsistencias en la expresión de estos reportes, ya que algunos adolecían de suma de Gleason, otros daban sumas no permitidas, por lo que, éstos provocan dudas y mala información, pero en los últimos 3 años, no se repitió este error, y las sumas fueron correctas y están presentes en todos los casos. Por lo que se consiguió uniformar los reportes según los consensos internacionales.

Fue difícil establecer un criterio uniforme de los tactos rectales, ya fueron realizados por distintos médicos, de los cuales se reportaron como sospechosos 79% de los tactos, por lo que la biopsia estuvo, indicada por esto. Sin embargo, en base a la clasificación TNM, se pudo establecer una etapa clínica, tomando como base su determinante más importante, al T, arrojando como resultados, en los 5 años, 35 (18.81%) pacientes en EC I, 29 (15.59%) pacientes en EC II, 103 (55.37%) pacientes en EC III, y 19 (10.21%) en la etapa clínica IV. De lo anterior se desprende que dos tercios de los pacientes son etapas clínicas no operables, para fines curativos.

Los resultados de los antígenos prostáticos, revelan un gran porcentaje de pacientes, con valores superiores a 10 ng/ml, que alcanzaron un 71%, y hubo valores de más de 1000 ng/ml, que se reflejaba en enfermedades avanzadas, esto en suma con la etapa clínica, y el estado general de los pacientes.

Tenemos un porcentaje bajo de prostatectomías radicales, con un 11% de frecuencia, es decir 22 casos, en los cuales fueron 7 casos EC I, y 15 casos EC II. El 72% de hormonoterapia, que es consecuencia de los estadios en que son diagnosticados estos pacientes. Por lo que para mejorar la atención, la calidad de vida, supervivencia, y otros factores similares, se hace necesario diagnosticar oportunamente este tipo de padecimientos, apoyados en la promoción de la salud, y la medicina preventiva.

Un factor importante que limitó la realización de tratamientos curativos, fue la presentación de pacientes con antígenos elevados, incluso de más de 1000 ng/ml, aunado al estado general de los pacientes y la etapa clínica.

Los factores pronósticos que resultan de suma importancia, para esta enfermedad, son el grado del tumor, el tamaño del tumor, la edad; en el caso de nuestra población con Gleason alto, T avanzados y con expectativas de vida casi siempre menores a 10 años, por edad o por estado general malo, nos plantea un gran reto, sobre todo en los lugares donde se brinda atención primaria a la salud, para que exista promoción a la salud, para que realicen referencias con oportunidad.

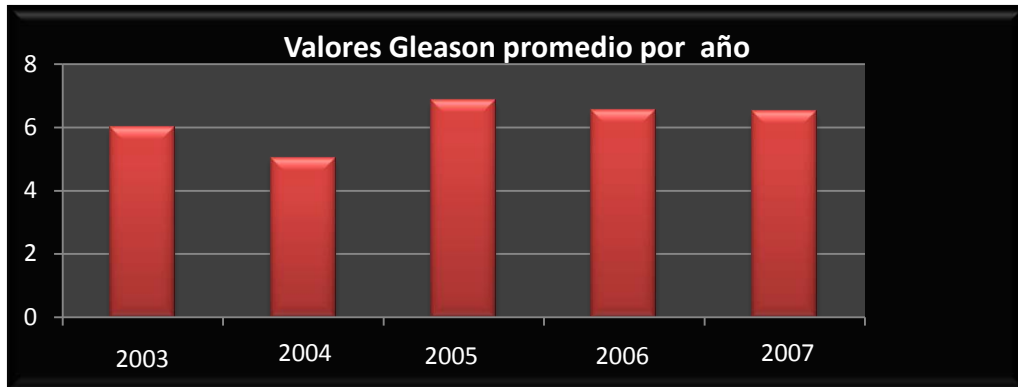
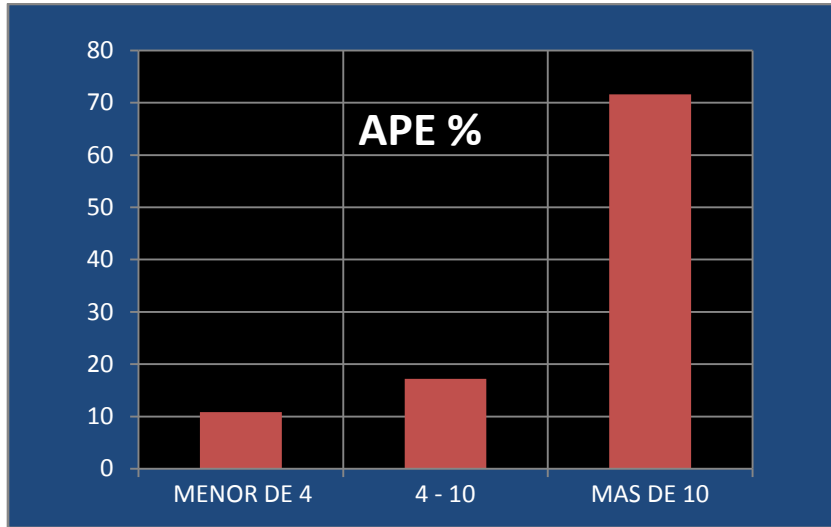
Si bien, en nuestro Hospital, no estaba uniformado el sistema para el manejo del cáncer de próstata, al paso de estos últimos años, se están uniformando criterios diagnósticos y terapéuticos, tarea que resulta extenuante y complicada, pero necesaria.

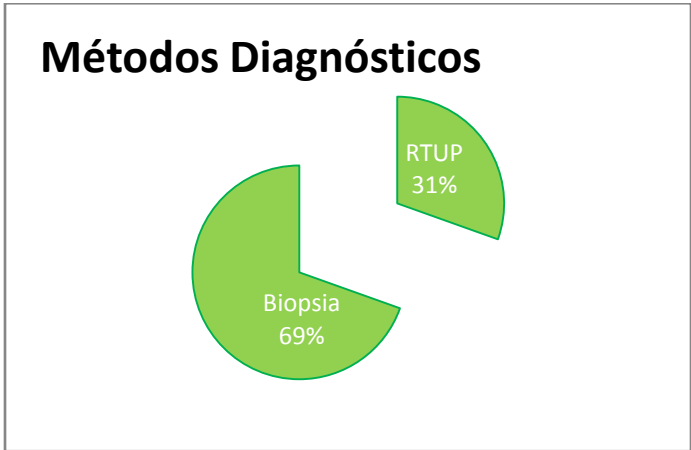
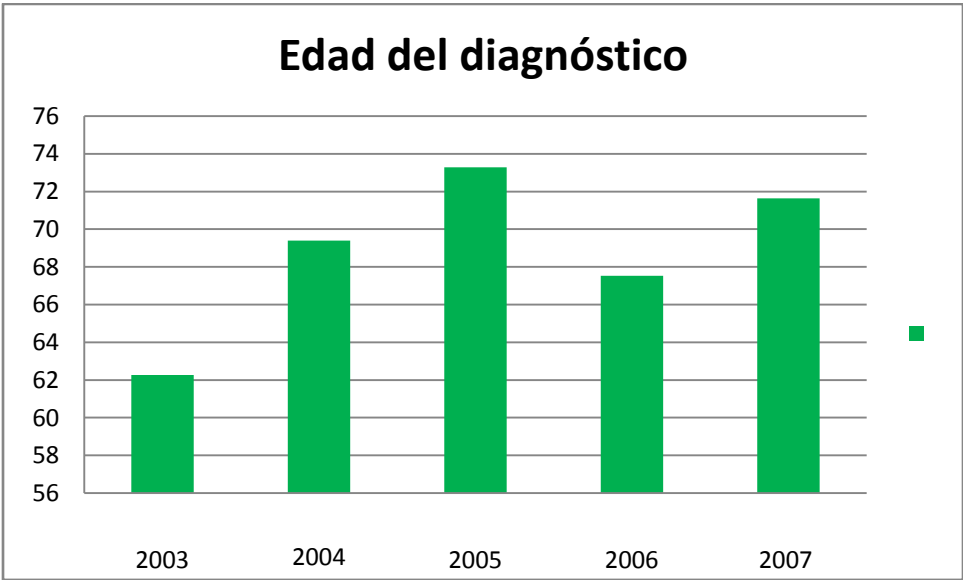
Nuestro servicio, siempre en renovación, busca actualizarse constantemente, y brindar la mejor atención a sus pacientes, siguiendo los lineamientos y acuerdos internacionales para el manejo del cáncer de próstata.

CONCLUSIONES

- El cáncer de próstata, es la neoplasia maligna que en Urología se maneja en mayor número.
- Se están ofreciendo un escaso número de tratamientos curativos.
- Los pacientes, acuden en edades tardías a valoración, y el diagnóstico se efectúa por esa razón de manera tardía, lo que arroja que los pacientes en su mayoría cursen con etapas clínicas III y IV.
- En los casos factibles de tratamientos curativos, a todos se les ofreció el manejo adecuado.
- En su mayoría, los diagnósticos se realizan por biopsia transrectal, por sextantes, pero se observó un aumento en el número de casos diagnosticados por resección.
- La orquiectomía en nuestra población sigue siendo un tratamiento socorrido, debido a factores económicos, alcanzando un número de 63 pacientes, es decir una tercera parte de la población estudiada.
- Por lo que el estado actual del cáncer de próstata en el Hospital Juárez de México, es el de una enfermedad avanzada, con antígenos elevados, pacientes en 7ª década de la vida, con escasa educación y recursos económicos. Y a los que se ofrece el tratamiento adecuado y oportuno según corresponda a cada caso.

ANEXOS





HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SERVICIO DE UROLOGIA
PROTOCOLO DE INVESTIGACION:
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre _____ Expediente _____

Edad _____

Número de protocolo:

- Edad:
- Religión:
- Edad del diagnóstico:
- Escolaridad:
- Antecedentes urológicos:
- Tacto rectal:
- APE total al momento del diagnóstico:
- APE fracción libre al momento del diagnóstico:
- Último APE total:
- Último APE fracción libre:
- Método diagnóstico:
- Suma de Gleason.
- Tratamiento utilizado:

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	FECHA
Captación y selección de pacientes	marzo 2008
Clasificación de pacientes	Abril 2008
Revisión de expedientes	Mayo 2008
Análisis de resultados	Mayo 2008
Elaboración de conclusiones	Junio 2008
Imprevistos	Febrero-junio 2008

BIBLIOGRAFÍA

1. - Epstein, et al, "Sarcomas and related proliferative lesions of the prostatic stroma". A JS Pathol 1993;22:148-162.

2. - Bostwick, et al, "Malignant lymphoma involving the prostate". Cancer 1985;56:2932-2938).

3.- SSA. COMPENDIO DE CÁNCER / RHNM / 2001 / MORBILIDAD / MORTALIDAD

Dirección General de Estadística e Informática. Anuarios Estadísticos 2001.

4.- Walsh. Et al, Urología de Campbell 8 va., Ed. Médica Panamericana, Urología 2004, T 4, pp. 3347-3348

5. - Catalona, J., "Selection of optimal prostate specific antigen cutoffs for early detection of prostate cancer". J Urol 1994 a; 152:2037.

6. - Watt KWK, et al, "Human prostatic specific antigen: Structural and functional similarities with serum proteases". Proc Natl Acad Sci USA 1986, 83,3166-3170.

7. - Kuriyama M., et al, "Use of prostatic-specific antigen in monitoring prostate cancer". Cancer Res 1981, 41, 3874.

8.- Carter Hb., Partin, et al, " A PSA tjereshold of 4.0 ng/ml for early detection of prostate cancer: the only rational approach for men 50 years and older ". Urology 2000, 55: 796.

9.- Christenson A.,et al " FERUM prostatec specific antigen complexed to alpha1-antichymiotrypsin as indicator of prostate cancer. J Urol 1993, vol 150, pp 100-102.

10.- Catalona W., et al, " Use of the porcentaje of free prostate specific antigen of enhance differentiation of prostate cancer from benign prostatic disease: a prospective multicenter clinical trial. JAMA 1998, 279:1542.

11.- Ochai, A.; Babaian, J.: "Update on prostate biopsy technique". Curr. Op. Urol 2004, 14: 157.

12.- Catalona, W.J.; et al, "Effect of patient age on early detection of prostate cancer with serum prostate-specific antigen and digital rectal examination". Urology, 42: 365, 1993.

13.- Schroeder, F. et al., "Screening for prostate cancer. Evidence and perspectives". BJU Int., 88: 811, 2001.

14.- Roehl, et al, "Robustness of free prostate specific antigen measurements to reduce unnecessary biopsies in the 2,6-4,0 ng./ml. Range". J. Urol. 2002, 168: 922.

15.- Hodge, McNeal, Stamey, "Random systematic versus directed ultrasound guided transrectal core biopses the prostate", J Urol 1989^a 556-558

16.- Hammerer, P., "pT0 after radical prostatectomy: Overtreatment for insignificant prostate cancer?". Eur. Urol. 2004 ; 45: 35.

17.- Moul, J. et al , "Molecular markers in prostate cancer: the role in preoperative staging". Clin. Prostate Cancer 2002; 1: 42.

18.- Bostwick, et al, "Predictive factors in prostate cancer: current concepts from the 1999 College of American Pathologists Conference on Solid Tumor Prognostic Factors and the 1999 World Health Organization Second International Consultation on Prostate Cancer". Semin Urol. Oncol 1999; 17: 222.

19.- Epstein ,J.I.: "Gleason score 2-4 adenocarcinoma of the prostate on needle biopsy". Am. J. Surg. Pathol 2000.; 24: 477.

20.- Sebo, T.J., and cols.: "The percent of cores positive for cancer in prostate needle biopsy specimens is strongly predictive of tumor stage and volume at radical prostatectomy". J. Urol. 2000 ; 163: 174.

21. - 2002 American Joint Committee on Cancer (AJCC), TNM Staging System For Prostate Cancer.

22. - NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Prostate Cancer, V.2.2007

23.- Partin AW, Mangold, LA, Lamm DM, et al,: Contemporary update of prostate cancer staging nomograms (Partin tables) for the new millennium, Urology 2001, Vol. 58, 6 : 843-848.