

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

TÍTULO

**“DESCRIPCIÓN DEL ESTADIAJE HISTOPATOLÓGICO EN LA
BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL Y EN LA
PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE
PRÓSTATA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC.
ADOLFO LÓPEZ MATEOS DEL 2010 AL 2015”**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE:
UROLOGÍA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:
DRA. NALLELY PERLA SUSANA ALCÁNTARA MENA**

**ASESOR DE TESIS:
DR. MARTÍN LANDA SOLER**

**NÚMERO DE REGISTRO DEL PROTOCOLO
160.2017**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2017





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.

DR. DANIEL ANTONIO RODRÍGUEZ ARAIZA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DRA. FLOR MA DE GUADALUPE
ÁVILA FEMMAT
JEFE DE ENSEÑANZA MÉDICA

DRA. MARTHA EUNICE
RODRÍGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DR. MARTÍN LANDA SOLER

PROFESOR TITULAR

DR. MARTÍN LANDA SOLER

ASESOR DE TESIS

RESUMEN

Objetivo: Descripción del estadiaje histopatológico entre los reportes de la escala de Gleason de la biopsia de próstata y la escala de Gleason de la prostatectomía radical realizadas en nuestro hospital en el período del 01 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2015.

Material y métodos: Revisión del Sistema Médico Financiero (SIMEF) y expedientes clínicos de los pacientes con Biopsia Transrectal de Próstata (BTRP) y prostatectomía radical en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos (HRLALM) para determinar escalas de Gleason de la BTRP y de la prostatectomía radical. Una vez recolectados los datos se describirán los hallazgos

Resultados: Se analizaron las concordancias de los resultados histopatológicos de 42 pacientes, relacionando las BTRP y la Prostatectomía Radical Retropúbica (PRR). Se concluyó que hubo cinco pacientes infraestadificados (12%), 16 pacientes supraestadificados (38%), 16 pacientes sin cambios en estadiaje (38%) y cinco pacientes con cáncer evanescente (12%).

Conclusiones: La discordancia en la escala de Gleason entre la biopsia transrectal de próstata es común y universal. Los datos obtenidos en este trabajo muestran una relación similar a las estadísticas reportadas mundialmente en cuanto a la concordancia, la supraestadificación y la infraestadificación del resultado histopatológico al diagnóstico y al resultado de la Prostatectomía Radical. En nuestra serie se observa una mayor incidencia de cáncer evanescente.

SUMMARY

Objective: To describe the difference between the Gleason score of the transrectal prostate biopsy and the Gleason score of the radical prostatectomy in patients of our hospital from January 1st 2010 to December 31st 2015.

Material and Methods: We made a review of SIMEF and clinical files of the patients with transrectal prostate biopsy and radical prostatectomy. We determined the clinical and pathologic data of each patient and describe each.

Results: The concordance between the histopathological specimens of 42 patients were analyzed relating the TRPB and RP. We concluded that there were 5 infraestatified patients (12%), 16 supraestatified patients (38%), 16 patients with no changes in Gleason score (38%) and 5 patients with evanescent cancer(12%).

Conclusion: The discordance between the Gleason score in the specimens of the transrectal biopsy of the prostate and the radical prostatectomy is very common and universal. The data in this paper show a similar realtion to the world's statistics as in the concordance, supraestatification and infraestatification. We observe a larger incidence of evanescent cancer.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Alma Susana, quien siempre me enseñó a desear, a luchar, a no rendirme y a creer en mí. Eres mi constante ejemplo.

A Jessica, mi hermana, compañera de risas, desvelos, juegos, estudios y secretos.

A mi padre, que me enseñó todo lo que pensó podía necesitar.

A toda la plana de doctores del hospital que han contribuido a mi formación. Gracias a ese doctor que nos trata como hijos y a quien sentimos como padre... gracias por eso, Dr. Landa. Gracias, Dr. Velázquez, por el sincero empeño que pone al enseñarme su disciplina. Gracias por la confianza y la instrucción constante, Dr. Mendoza, Dr. Vázquez Niño y Dr. Gómez.

Gracias a todos esos médicos de las rotaciones externas que me han acogido como si fuera su propia residente y no han escatimado en enseñanzas ni en consejos. Gracias, especialmente, porque algunos de ustedes han extendido su labor formativa más allá de la medicina con su tiempo y sus consejos.

Pero sobre todo gracias a ese doctor que desde mi primer día de la residencia de Cirugía General, se encargó de que me enamorara de la urología.

Gracias a todos mis compañeros de la residencia y particularmente a Huerta, L´Gamiz y Navarrete, compañeros por cuatro años en las buenas y en las malas.

Gracias a todos los que estuvieron en mi camino estos cuatro años.

ÍNDICE

ANTECEDENTES.....	PAG 8.
PROBLEMA.....	PAG 15.
JUSTIFICACIÓN.....	PAG 15.
HIPÓTESIS.....	PAG 15.
OBJETIVO GENERAL.....	PAG 16.
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	PAG 16.
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	PAG 16.
RESULTADOS.....	PAG18.
DISCUSIÓN.....	PAG 23.
CONCLUSIÓN.....	PAG 24.
BIBLIOGRAFÍA.....	PAG 25.
ANEXOS	PAG 28

ANTECEDENTES

El cáncer es una enfermedad genética heterogénea y compleja; guía la transformación de células normales en tumores malignos por mutaciones en oncogenes y genes supresores de tumores. La aparición y progresión está relacionada con el microambiente celular y otros eventos epigenéticos que influyen en el fenotipo de la célula transformada. Los principales rasgos adquiridos por las células en su progresión a la malignidad son una ilimitada capacidad de replicación, angiogénesis sostenida, evasión de la apoptosis, autosuficiencia en las señales de crecimiento, falta de sensibilidad a las antiseñales de crecimiento, invasión tisular y metástasis.¹

El cáncer de próstata (CaP), es el crecimiento anormal de las células de la glándula prostática que, además, tienen la capacidad de invadir otros órganos. Es un tumor que nace del epitelio acinar y/o ductal de la próstata y que puede variar considerablemente en su diferenciación glandular, anaplasia y comportamiento.²

En la actualidad se desconoce la etiología de la enfermedad, sin embargo, se considera que es un padecimiento multifactorial en el cual la predisposición genética y la exposición a factores de riesgo podrían tener un rol crucial en el desencadenamiento de la enfermedad.⁷ Los factores que determinan el riesgo de desarrollar esta enfermedad en forma clínica no son bien conocidos, sin embargo se han identificado algunos, de los cuales el factor hereditario parece ser el más importante.^{2,11}

Los andrógenos desempeñan un papel importante en la carcinogénesis prostática. La exposición de la próstata a los andrógenos parece ser el requisito para el desarrollo posterior del cáncer de próstata, se desconoce la duración y la magnitud de la exposición a los andrógenos necesaria para crear el marco de la carcinogénesis¹⁶

Se tiene demostrada la dependencia del cáncer de próstata a los andrógenos, con lo que se ha ganado terreno en el control de su padecimiento, ya que el bloqueo androgénico ha demostrado efectividad en el tratamiento de la enfermedad avanzada. La ausencia del estímulo de la testosterona en la célula prostática genera un incremento en la apoptosis y es de esta forma como el bloque androgénico logra el tratamiento paliativo del Ca de próstata en su primera fase. El bloqueo puede ser quirúrgico a través de la orquiectomía simple bilateral o de forma farmacológica, ya sea suprimiendo la secreción testicular de

testosterona a niveles de castración o mediante fármacos que inhiben la acción de los andrógenos circulantes a nivel de sus receptores en la próstata. Los agentes utilizados para el bloqueo androgénico pueden ser: estrógenos, anti-andrógenos, agonistas de LHRH y antagonistas LHRH. ¹⁷

Epidemiología

Excluyendo los cánceres superficiales de piel, el CaP es ahora el cáncer más común en humanos. El CaP es diagnosticado en varones con 382,000 nuevos casos (22.2% del total) en Europa durante 2008, seguido por cáncer de pulmón. La incidencia de la enfermedad está incrementando en Estados Unidos, donde 1 de cada 6 varones desarrollarán cáncer de próstata en el transcurso de su vida. También está aumentando en todo el mundo con una incidencia pico marcada en la década de los 90's debido a la introducción de la prueba del Antígeno Prostático Específico (APE). ^{3,4,5,6,7}

Existen variaciones en todo el mundo con respecto a las tasas de incidencia. Aunque estas diferencias han sido atribuidas a variaciones en los sistemas de salud y las políticas de escrutinio. La verdadera prevalencia del CaP es difícil de determinar. Un gran número de cánceres están latentes y no se han detectado por los test de escrutinio disponibles actualmente. Incluso, 15% de los pacientes con APE de < 3ng/ml considerado en rango normal, tendrán CaP. En la mayoría de los países industrializados, la incidencia de CaP está aumentando (FIGURA 1) mientras las tasas de mortalidad están disminuyendo (FIGURA 2).⁸

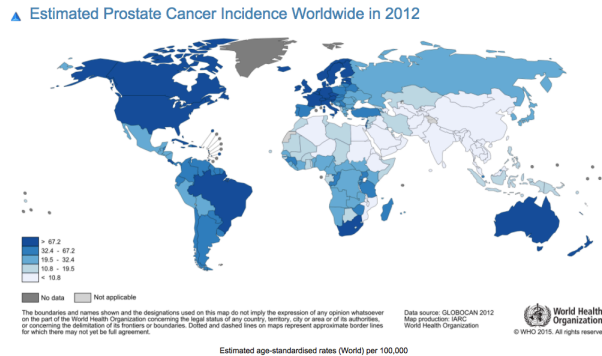


Figura 1. Incidencia de cáncer en el mundo.
Fuente: World Health Organization. GLOBOCAN 2012

▲ Estimated Prostate Cancer Mortality Worldwide in 2012

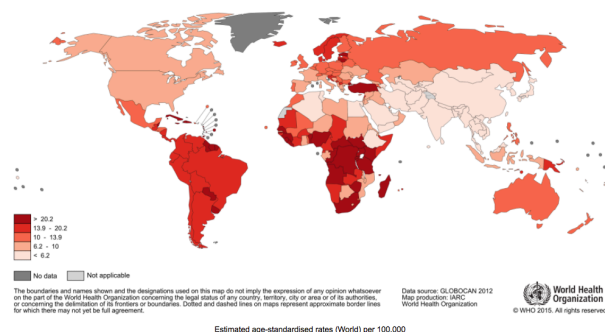


Figura. 2. Mortalidad por cáncer en el mundo.
Fuente: World Health Organization. GLOBOCAN 2012.

Epidemiología en México

La Encuesta Nacional de Salud 2012 reportó que el porcentaje de hombres mayores de 60 años que se sometieron a la detección de cáncer de próstata por medio del antígeno prostático se mantuvo constante en las estadísticas reportadas entre 2006 y 2012 (10.4% en 2006, y 9.5% 2012); en los 12 meses previos a la encuesta, el 2.5% de los hombres con una edad igual o mayor de 20 años se realizaron un tacto rectal.¹⁰

En México no se cuenta con un registro adecuado de cáncer de próstata; la incidencia se reporta como 21.4 pacientes con cáncer de próstata (CaP) por cada 100,000 hab. (Figura 3). La mortalidad es de 16.5% (Figura 4). El 87.6% de las defunciones se registraron en la población mayor de 65 años.⁶

El CaP se presentó con mayor frecuencia en aquellos sujetos de más de 60 años, en donde resalta el grupo de los de 75 y más años quienes concentraron casi la mitad de los casos (47%). Si bien es cierto a menor edad los casos de este tipo de cáncer son menos frecuente, se observa que después de los 40 años empiezan los primeros registros incluso a menor edad. Las entidades federativas con mayor frecuencia de registros de cáncer de próstata son el Distrito Federal (28.3%) y Jalisco (11.0%).⁶

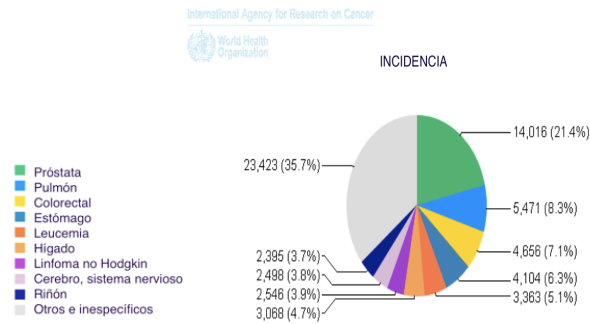


Figura. 3. Incidencia de cáncer en México.
Fuente: World Health Organization. GLOBOCAN 2012

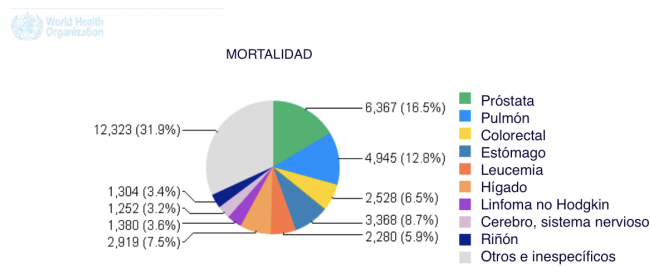


Figura. 4. Mortalidad por cáncer en México.
Fuente: World Health Organization. GLOBOCAN 2012.

El Diagnóstico

Los principales instrumentos diagnósticos para obtener indicios de CaP son el tacto rectal, la concentración sérica de antígeno prostático específico (PSA) y la ecografía transrectal (ETR). El diagnóstico definitivo se basa en la presencia de adenocarcinoma en muestras de tejido prostático de la biopsia de próstata o piezas quirúrgicas. El examen histopatológico también permite la gradación y determinación de la extensión del tumor.⁴

Anatomía patológica de las biopsias por punción de próstata

Las biopsias con trocar de la próstata obtenidas de diferentes focos (sexantés)¹², se envían al laboratorio de anatomía patológica en viales

independientes que deben procesarse en cartuchos independientes. El diagnóstico de CaP se basa en el examen histológico. Sin embargo, la inmunotinción también puede ser útil. En los informes de biopsias de próstata debe utilizarse terminología clara y concisa.⁴

Patología de las piezas de prostatectomía radical (PR)

El examen histopatológico de piezas de PR pretende proporcionar información sobre el estadio anatomopatológico real, el grado y el estado de los bordes quirúrgicos del CaP. El peso y las dimensiones de la pieza se registran antes de incluirla en un producto para su procesamiento histológico. Por lo general, se recomienda incluir totalmente las piezas de PR para permitir una mejor evaluación de la localización, multifocalidad y heterogeneidad del cáncer.⁴

El procesamiento en preparaciones completas ofrece una mejor visualización topográfica del carcinoma y un examen histopatológico más rápido.⁹

Escala de Gleason

La escala de Gleason es un sistema que se emplea para medir el grado de agresividad de un cáncer, basándose en la observación al microscopio de las características arquitectónicas que presentan las células de la muestra obtenida en una biopsia del tejido. El procedimiento consiste en seleccionar dos zonas de la muestra y asignar a cada una de ellas un número del uno al cinco. El uno corresponde a un tumor bien diferenciado y por lo tanto poco agresivo, y el cinco a un tumor escasamente diferenciado y por lo tanto agresivo.⁸

Esta clasificación se aplica a adenocarcinomas y carcinomas escamosos, pero no a sarcomas ni carcinomas de células transicionales de la próstata. Se recomienda el puntaje de Gleason, porque como sistema de calificación de elección, tiene en cuenta la heterogeneidad morfológica inherente de cáncer de próstata, y varios estudios han establecido claramente su valor predictivo.⁹

Según la convención internacional actual, la puntuación de Gleason (modificada) de cánceres detectados en una biopsia de próstata corresponde al grado de Gleason del componente de carcinoma predominante (más extenso) más el de mayor grado, con independencia de la extensión. Cuando el carcinoma consta en gran medida de un carcinoma de grado 4/5, ha de ignorarse la identificación de una porción pequeña (< 5 % del carcinoma) de glándulas de grado 2 o 3 de Gleason. En las biopsias

de próstata no debería darse un diagnóstico de puntuación de Gleason 4 o inferior. Ha de comunicarse la presencia de carcinoma intracanalicular y extensión extraprostática. Además de una descripción de las características de carcinoma en cada foco de biopsia, debe proporcionarse una puntuación de Gleason global en función de los hallazgos en las biopsias individuales. La presencia de invasión perineural se describe con frecuencia, aunque existen datos contradictorios acerca de su utilidad como indicador pronóstico. La proporción (%) o longitud (mm) de la afectación tumoral por foco de biopsia se correlaciona con el volumen tumoral, la extensión extraprostática y el pronóstico tras la prostatectomía, por lo que debe registrarse. La longitud del carcinoma (mm) y el porcentaje de la biopsia con afectación por carcinoma tienen el mismo efecto pronóstico⁴

La extensión de un único foco pequeño de adenocarcinoma, que se identifica en sólo una de las biopsias, debe indicarse claramente (por ejemplo, < 1 mm o < %), dado que podría ser una indicación de una evaluación diagnóstica adicional antes de elegir el tratamiento. En algunos estudios, la observación de un carcinoma < 3 mm en una biopsia con una puntuación de Gleason de 5-6 se ha asociado con frecuencia a un cáncer insignificante y a un mayor riesgo de cáncer evanescente. Una biopsia de próstata que no contenga tejido prostático glandular podría informarse como inadecuada para estándares diagnósticos.⁴

En un estudio reciente se ha evaluado la concordancia entre patrón y cambio de grupo pronóstico de la puntuación de Gleason convencional y modificada. La evaluación se basó en 172 biopsias prostáticas por punción de pacientes que se sometieron posteriormente a una prostatectomía radical (PR). Se consideraron cuatro grupos pronósticos de puntuación de Gleason, divididos en las puntuaciones de 2-4, 5-6, 7 y 8-10. Antes de comprobar el poder de discriminación de la puntuación de Gleason modificada, se comparó la variable del tiempo hasta el resultado de ausencia de progresión bioquímica. El mayor efecto de las recomendaciones de consenso de la Sociedad Internacional de Patología Urológica acerca de la puntuación de Gleason se observó sobre el patrón secundario, que presentó el menor porcentaje de concordancia y se reflejó en un cambio hacia grupos pronósticos de Gleason más altos. De los 172 pacientes en los que cambió el grupo pronóstico de Gleason (a un grado más alto) basándose exclusivamente en los criterios de consenso, 46 (26,7 %) tenían un valor preoperatorio de PSA más elevado, tumores más extensos y bordes quirúrgicos positivos, así como un mayor estadio anatomopatológico. En esta serie, la puntuación de Gleason revisada

identificó a un mayor número de pacientes del grupo pronóstico agresivo (puntuación de Gleason de 8-10) con un tiempo significativamente más breve hasta el resultado de ausencia de progresión bioquímica después de la PR. Estos datos demuestran que las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Patología Urológica representan una mejora de gran valor del sistema de clasificación convencional de Gleason ⁴.

Tratamiento

Prostatectomía Radical

La PR es una terapia apropiada para cualquier paciente con cáncer de próstata clínicamente localizado que puede ser extirpado completamente mediante cirugía, que tiene una expectativa de vida de ≥ 10 años y que no tiene condiciones comórbidas graves que pudieran contraindicar una operación electiva. Los cirujanos de altos volúmenes en centros de alto volumen suelen ofrecer mejores resultados. La RP de rescate es una opción para pacientes altamente seleccionados con recidiva local después de EBRT, braquiterapia o crioterapia con ausencia de metástasis, pero la morbilidad (es decir, incontinencia, pérdida de la erección, constricción anastomótica) es alta y la operación debe ser realizada por cirujanos con experiencia en RP de rescate. Algunos pacientes de riesgo alto o muy alto todavía pueden beneficiarse de la prostatectomía radical.⁹

Principios de Terapia de Privación de Andrógenos

El bloqueo androgénico total neoadyuvante para la RP está totalmente desaconsejada fuera de un ensayo clínico y no debe ser utilizada como monoterapia en cáncer de próstata clínicamente localizado.⁹

En un estudio aleatorizado, el uso inmediato y constante de ADT en hombres con nódulos positivos luego de una PR generó una importante mejoría de la supervivencia general en comparación con los hombres que recibieron ADT más tarde. Por lo tanto, dichos pacientes deben ser tenidos en cuenta para ADT de inmediato.⁹

El agonista o antagonista de LHRH (castración médica) y la orquiectomía bilateral (castración quirúrgica) son igualmente eficaces. Muchos de los efectos secundarios de la ADT son acumulativos con el paso del tiempo. Entre estos efectos adversos se incluyen: sofocos, pérdida de libido y disfunción eréctil, encogimiento del pene y los testículos, pérdida de fuerza y de masa muscular, fatiga, depresión, pérdida del cabello, osteoporosis, mayor incidencia de fracturas clínicas, obesidad, resistencia a la insulina, alteraciones lipídicas y mayor riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular.⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar si existe una diferencia en los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata del servicio de urología del hospital regional Lic. Adolfo López Mateos de la clasificación de Gleason de la BTRP con el resultado de la Prostatectomía Radical, durante el período de enero del 2010 a diciembre del 2015

JUSTIFICACIÓN

Diariamente, en el Hospital Lic. Adolfo López Mateos, se realizan BTRP tanto a pacientes propios como a pacientes referidos de hospitales de segundo nivel. La escala de Gleason es el principal factor pronóstico en el cáncer de próstata y las variaciones en cuanto a los resultados de la clasificación pre y postoperatoria son comunes; el conocerlas nos permitirá tomar decisiones idóneas en cuanto al tiempo en el que se deberá realizar el manejo quirúrgico y, en caso necesario, iniciar manejo adyuvante con hormonoterapia. Todo esto para mejorar el pronóstico del paciente y disminuir los costos del manejo multidisciplinario.

HIPÓTESIS

Existe una diferencia en los reportes histopatológicos entre las clasificaciones de Gleason de la biopsia y la clasificación de Gleason de la prostatectomía radical que se presentan en nuestro servicio.

OBJETIVO GENERAL

Describir los reportes del Gleason del producto de la biopsia de próstata realizada en nuestro servicio y de los reportes de la pieza de prostatectomía radical realizadas en nuestro hospital, en el período del 01 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la prevalencia de cáncer de próstata en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

Determinar el grado de Gleason de la BTRP.

Recabar las escalas de Gleason de la prostatectomía radical.

MATERIAL Y MÉTODOS

La recolección de información se iniciara en la base de datos de hojas operatorias del SIMEF del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos para detectar a los pacientes programados para prostatectomía radical del 01 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2015. Posteriormente, se hará uso del expediente clínico para recolectar los datos de los resultados en la BPTR y en la prostatectomía radical

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

Pacientes del servicio de urología del HRLALM con diagnóstico de Ca de próstata por BTRP, a los cuales se les realizó prostatectomía radical abierta o laparoscópica entre el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2015.

Criterios de Exclusión

Pacientes en los cuales no cuenten con reporte de patología de la BPTR o de prostatectomía radical

RESULTADOS

Durante el período del 01 enero del 2010 al 31 de diciembre del 2015 se programaron en total 54 prostatectomías radicales en el HRLALM.

Posterior a los criterios antes expuestos se revisaron y analizaron los expedientes de 42 pacientes masculinos con antecedente de cáncer de próstata por BTRP realizada por el servicio de urología del HRLALM y revisadas por el servicio de patología del mismo Hospital, así como los resultados del estudio histopatológico definitivo de la prostatectomía radical realizada por el servicio de urología y revisada por el servicio de patología del hospital. El mayor de ellos de 69 años y el menor de 42 años, con una edad promedio de 62.2 años.

Se revisó la BTRP realizada en el Servicio de Urología del HRLALM a los 42 pacientes y se encontró un Gleason máximo de 9, Gleason mínimo de 4, mediana y moda de 6, con un Gleason promedio de 6.19. (fig. 5).

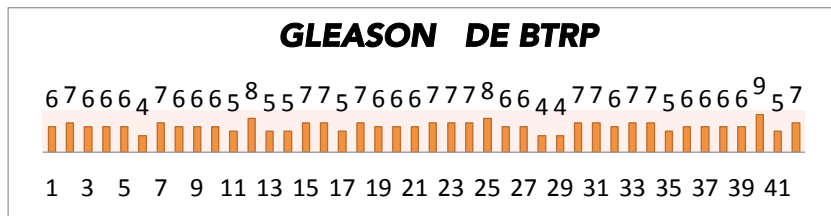


Figura. 5. Gleason de la biopsia transrectal de Próstata

Se programaron los 42 pacientes a prostatectomía radical. Se realizaron 42 prostatectomías radicales con Gleason máximo de 9, mediana y moda de 7, con un Gleason promedio de 6. Cinco pacientes con patología negativa a cáncer de próstata. (fig 6).

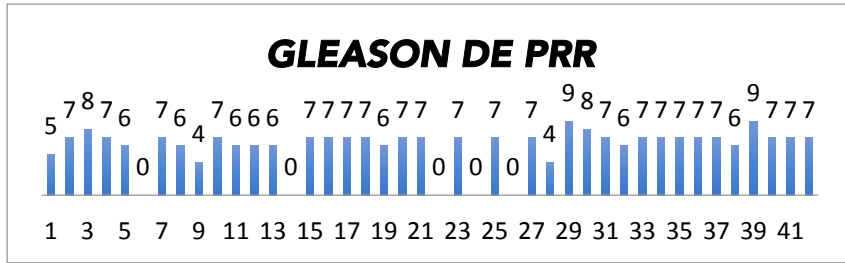


Figura. 6. Gleason de la prostatectomía radical

Resultados entre el Gleason Pre quirúrgico (BTRP) y el postquirúrgico (PRR) (fig. 7).

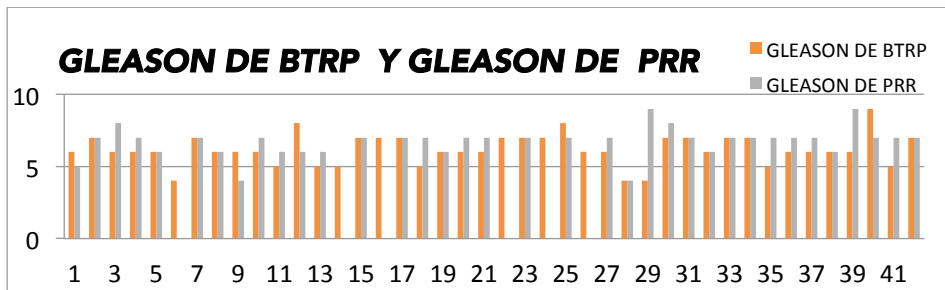


Figura. 7. Comparativa entre el Gleason de la biopsia transrectal de próstata y la prostatectomía radical

Subestadificación

Los pacientes en los cuales la biopsia transrectal de próstata presentó un Gleason mayor que el Gleason de la prostatectomía radical fueron cinco, de los cuales el 100% de ellos había recibido terapia hormonal preoperatoria. (fig. 8).

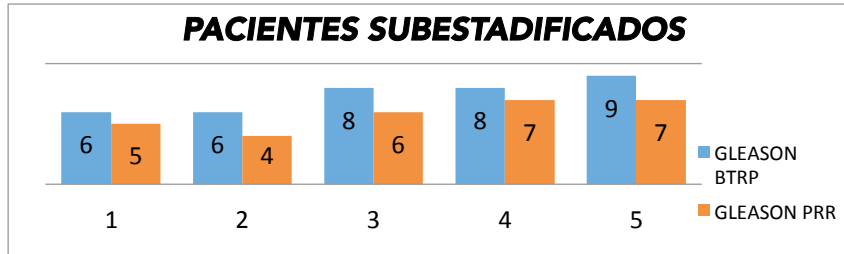


Figura. 8. Comparativa en el Gleason de la BTRP y la PRR de los pacientes subestadificados

Supraestadificación

Los pacientes cuyo Gleason preoperatorio fue menor que el Gleason de la prostatectomía radical fueron 16, de los cuales seis recibieron bloqueo hormonal previo a la cirugía. (fig. 9).

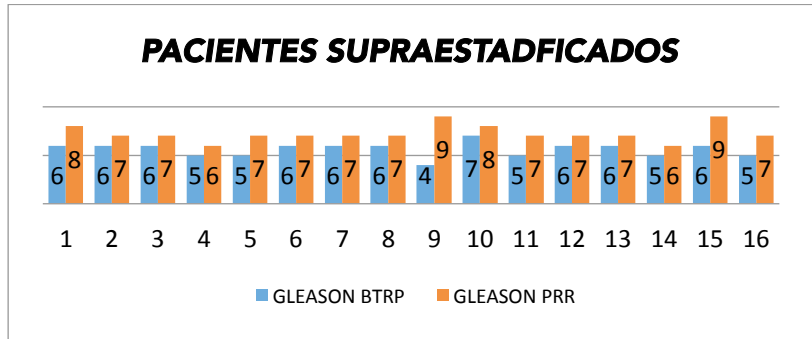


Figura. 9. Comparativa en el Gleason de la BTRP y la PRR en los pacientes supraestadificados.

Pacientes sin cambio en estadiaje

En 16 pacientes coincidió el Gleason preoperatorio (BTRP) con el postoperatorio (PRR). De estos pacientes, 11 habían recibido hormonoterapia previa a la cirugía. (fig. 9).

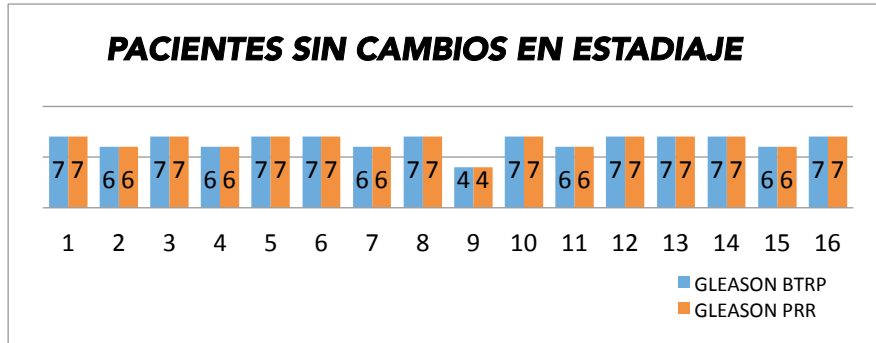


Figura. 9. Comparativa en el Gleason de la BTRP y la PRR en los pacientes sin cambios en el estadiaje.

Cáncer evanescente

Los pacientes a los cuales se realizó BTRP con diagnóstico de Ca de próstata y la patología de la prostatectomía radical fue negativa a cáncer, fueron cinco, de los cuales cuatro recibieron terapia hormonal y uno de ellos no la recibió. De estos pacientes tres se reportaron con algún grado de prostatitis crónica, uno con prostatitis crónica bacteriana (cocos G-) y uno con uretroprostatitis xantogranulomatosa. (fig. 10).

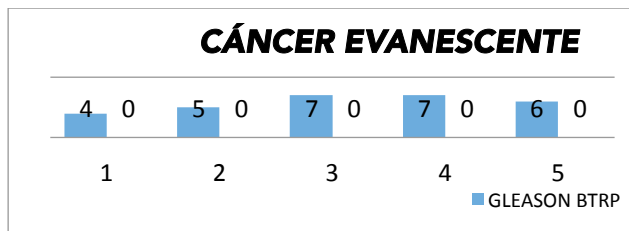


Figura. 10. Comparativa en el Gleason de la BTRP y la PRR en los pacientes con cáncer evanescente.

En el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos desde el 01 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2015 se analizaron las coincidencias de los resultados histopatológicos de 42 pacientes, relacionando las BTRP y la PRR se concluyó que hubo cinco pacientes subestadificados (12%) , 16

pacientes supraestadificados (38%), 16 pacientes sin cambios en estadiaje (38%) y cinco pacientes con cáncer evanescente (12%). (fig. 11).

Figura. 11. Resultado final. Relación de pacientes entre la BTRP y la PRR.

DISCUSIÓN

En este estudio, cuyo objetivo es demostrar la experiencia del servicio de urología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, se observó una concordancia del 38% entre el Gleason preoperatorio (BTRP) y el postoperatorio (PRR). El porcentaje de infraestadificación fue de 12% y de supraestadificación del 38%. Al 12% de los pacientes con cáncer en la BTRP no se les pudo confirmar en la pieza operatoria (cáncer evanescente)

Estudios de mayor impacto que este, han registrado distintos niveles de concordancia entre la BTRP y la PRR. En un estudio realizado por Kvale et al, con 1116 pacientes se documentó una concordancia del 53%, supraestadificación en el 30% e infraestadificación en el 7%.²¹ Avier A, et al comparan 100 pacientes con una concordancia del 59%, del 41% restante que sufrieron algún cambio; el 10% disminuyeron de grado y el 90% aumentaron de grado.¹⁴ Khoddami M revisó 45 pacientes con una concordancia del 68.2% de los casos. Se observó infraestadificación en 9.1% y supraestadificación en 22.7%.¹⁹ Los datos obtenidos en este trabajo muestran una relación similar a las estadísticas reportadas mundialmente en cuanto a la concordancia, la supraestadificación y la infraestadificación del resultado histopatológico de la BTRP y la PR.

En cuanto al cáncer de próstata evanescente, Sepúlveda et al, refieren en una recopilación de 364 pacientes en 12 años, una incidencia del 1.73% en pacientes sin neoadyuvancia.²⁰ En nuestra serie se observa una mayor incidencia de cáncer evanescente, aunque el 80% de los pacientes tenía tratamiento hormonal neoadyuvante.

CONCLUSIÓN

La discordancia en la escala de Gleason entre la biopsia transrectal de próstata y la prostatectomía radical es común y universal.

Es necesario realizar estudios más a fondo, Las principales limitaciones de nuestro estudio son: la falta de un análisis multivariado que permita conocer de forma precisa la contribución de otras variables y la falta de subclasificación en grupos de riesgo de Gleason, que nos permita aumentar la sensibilidad en cuanto a la relación de concordancias entre la histología de la biopsia transrectal de próstata y la patología definitiva.

Se han identificado diferentes variables que podrian afectar la probabilidad de correlacion entre la biopsia de próstata y el espécimen quirúrgico tal como lo son: el número de biopsias tomadas, la heterogeneidad histológica del tumor, el tiempo transcurrido entre la realización de la biopsia y la cirugía, la experiencia del patólogo, el grado histológico reportado de la biopsia, edad, APE y aumento de porcentaje de cáncer/core
4, 18.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hanahan, D; Weinberg, R; "*The hallmarks of cancer*" en Cell, Vol. 100: enero 2000, pp. 57-70 disponible en: [http://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(00\)81683-9?returnURL=http%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867400816839%3Fshowall%3Dtrue&cc=y=](http://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(00)81683-9?returnURL=http%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867400816839%3Fshowall%3Dtrue&cc=y=)
2. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata en un Segundo y Tercer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2009
3. Arcangeli S; Pinzi V; Arcangeli G; "*Epidemiology of prostate cancer and treatment remarks*" en World Journal of Radiology, Vol 2; 2012; pp. 241-246.
4. Heidenreich A; Bastian P; Bellmunt J; et al; "*Guidelines on Prostate Cancer*". EAU 2014, Guideline for the management of clinically localized prostate cancer; American Urology Association, 2010.
5. Mohler J; Robert R; Boston B; *Prostate cancer* en Journal of the National Comprehensive Cancer Network; 2010 Vol. 8; pp. 161-201.
6. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Datos nacionales. INEGI 2014.
7. Delongchamps N; Singh A; Haas GP; "*The role of prevalence in the diagnosis of prostate cancer*" en Cancer Control; 2006 Vol. 13: pp. 158-168
8. Egevad L; Mazzucchelli R; Montironi R; "*Implications of the international society of urological pathology modified Gleason grading system*" en Archives of Pathology & Laboratory Medicine; 2012 Vol 136; pp. 426-434
9. National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice guidelines in oncology: prostate cancer. Guías NCCN 2015

10. Gutiérrez J; Rivera J; Shama T; et al; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública; 2014
11. International Agency for Research. World Health Organization. GLOBOCAN 2012. En: <http://globocan.irc.fr>
12. Eichler K; Hempel S; Wilby J; Myers L; Bachmann LM; Kleijnen J; “*Diagnostic value of systematic biopsy methods in the investigation of prostate cancer: a systematic review*” en The Journal of Urology; May 2006, Vol 175(5): pp. 1605-1612; disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16600713>
13. Blake B Anderson; Daniel T Oberli;; et al; “*Extraprostatic Extension Is Extremely Rare for Contemporary Gleason Score 6 Prostate Cancer*” en European Urology Diciembre de 2016; 13; disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2016.11.028>
14. Arias-Stella J; Alpa B Shah: et al; “*Prostate biopsy and radical prostatectomy Gleason score correlation in heterogenous tumors: proposal for a composite Gleason score*” en American Journal of Surgical Pathology; septiembre 2015; 39; pp. 1213-1218
15. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata en el segundo y tercer nivel de atención. Evidencias y Recomendaciones en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx>
16. McDougal W; Wein A; et al; Urología de Campbell-Walsh, 10 edición; Saunders; 2011
17. Consenso interinstitucional sobre el bloqueo androgénico en cáncer de próstata; Sociedad Mexicana de Urología, 2015.
18. Epstein J; Feng Z; et al; “*Upgrading and downgrading of prostate cancer from biopsy to radical prostatectomy: incidence and predictive factors using the modified Gleason grading system and factoring in tertiary grades*” en European Association of Urology; Mayo del 2012; Volumen 61, No.5; pp. 1019- 1024. Disponible en: [http://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(12\)00168-6/fulltext](http://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(12)00168-6/fulltext)

19. Khoddami M; Khademi Y; et al “*Correlation between Gleason Scores in Needle Biopsy and Corresponding Radical Prostatectomy Specimens: A Twelve-Year Review*”. En Iranian Journal of Pathology; Spring 2016; Vol 11; No. 2; pp.120-126
20. Sepúlveda E; et al. “*Cáncer evanescente de la próstata. Presentación clínica y revisión histológica*”; en Actas urológicas españolas; Chile. Octubre 2009. Vol 33. No 9.
21. Kvále R; Moller B; et al; “*Concordance between Gleason scores of needle biopsies and radical prostatectomy specimens: a population-based study*” . BJU International, June 2009; Volume 103, Issue 12; pp. 1647–1654

PACIENTE	FECHA DE BTRP	GLEASON BTRP	FECHA DE CIRUGIA	GLEASON CIRUGIA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				

