

EL CARCINOMA DE PROSTATA

Análisis retrospectivo de 105 casos.

Dr. RONALD PINO KING*
Dr. GUIDO ALVAREZ CABEZAS**
Dr. MARIO MURILLO CECILIANO*

RESUMEN.

Se realizó un análisis retrospectivo de 105 casos de carcinoma de próstata, hallándose que esta entidad aparece a partir de la quinta década de la vida y tiene mayor incidencia en la sexta y séptima décadas con un promedio de 71 años. En el 50% el diagnóstico fue hecho en estadios avanzados.

Se revisó también el cuadro clínico resaltando que la mayoría de los pacientes presentaban algún grado de obstrucción de vías urinarias bajas y otro porcentaje menor acudió con deterioro del estado general, y síntomas debidos a las metástasis.

El comportamiento de las fosfatasa séricas demuestra que éstas no son útiles para el diagnóstico temprano de esta neoplasia, pero sí tienen utilidad en el seguimiento de los casos avanzados. Se concluye así que sigue siendo el tacto rectal el mejor método de diagnóstico temprano de esta patología.

Con respecto a factores etiopatogénicos no se encontró diferencias en cuanto a grupos de población urbana o rural ni ocupacionales. Sí descubrimos una mayor incidencia en tabaquistas. (63%).

Se demostró metástasis en 43 pacientes, de los cuales 32 eran a estructuras óseas, 3 a pulmón, 2 a linfáticos y 6 a órganos vecinos.

No incluimos los datos obtenidos en relación a sobrevida y pronóstico de acuerdo al estadio, en vista de que carecen de valor estadístico.

SUMMARY.

105 cases of prostate cancer were reviewed we found that this pathology, appears beyond the fifth decade of life and the higher incidence is between 60 and 80 years with a mean age of 71. One half of the cases were advanced when the diagnosis was made. We also reviewed the clinical picture.

Most of the patients had rapid onset progression of obstructive urinary symptoms, and a minor group had symptoms due to metastasis.

The serum phosphatase concentrations were of no in value the early diagnosis of this pathology, but they are useful in the follow-up of the advanced cases. Thus, we conclude that the best method for the early diagnosis of prostate cancer is the digital rectal examination.

With regard to the etiology, there was no difference between urban and rural areas, or occupation. We found that the incidence is higher in smokers (63%).

There were metastasis in 43 patients: 32 to bones; 3 to lungs; 2 to lymphatics and 6 to neighboring organs.

We didn't include in this paper survival and pronostic data, because we consider that the data we obtained weren't statistically significant.

* Residente de Cirugía, Hospital México, C.C.S.S.

** Asistente de Urología, Hospital México, C.C.S.S.

INTRODUCCION

El carcinoma próstata es una de las neoplasias más frecuentes en el hombre costarricense, constituye un verdadero reto para el Urólogo, ya que en las últimas décadas se ha avanzado poco en lo que respecta a tratamiento curativo y existe controversia en los distintos centros urológicos del mundo en relación a criterios de manejo y tratamiento del paciente portador de esta patología. Nuevos métodos diagnósticos y una comprensión más clara de la historia natural del tumor, han variado los viejos sistemas de clasificación y así el abordaje terapéutico. Las nuevas técnicas quirúrgicas y la evolución de la radioterapia han aumentado las opciones terapéuticas, así como el surgimiento de la quimioterapia es una esperanza más para el mejor manejo de esta entidad en el futuro. 1,4

El propósito de este trabajo es revisar la experiencia acumulada de esta patología, durante 12 años en el Hospital México y de esta forma tratar de obtener conclusiones que nos ayuden a mejorar el abordaje de un tópico tan controversial e interesante como lo es el carcinoma de próstata.

MATERIAL Y METODO.

Se efectuó una revisión retrospectiva de los casos de carcinoma de próstata que fueron atendidos en el Hospital México desde su inicio en el año 1969 hasta junio de 1981. Incluimos solamente aquellos casos en los cuales el diagnóstico y manejo inicial fue realizado en nuestro Hospital, excluyéndose todos los que fueron diagnosticados y tratados en otros centros que después, por alguna razón siguieron el control en el Hospital México. Se obtuvo un total de 105 pacientes.

Las variables que se analizaron son: el estadio clínico en el momento del diagnóstico; la edad del paciente, la relación de esta enfermedad con factores etiopatogénicos como el tabaquismo, distribución geográfica y ocupación, el cuadro clínico predominante, el comportamiento de las fosfatasas séricas en relación al estadio clínico, lugares en que se demostró metástasis y el tratamiento empleado.

Tomamos como base para este estudio la clasificación de Whitmore⁵ el cual divide el carcinoma de próstata en cuatro estadios principales, (A,B,C,D) basándose en el examen rectal digital.

El estadio A es aquél en que no se detecta clínicamente, es un hallazgo histológico al remover patología supuestamente benigna.

En el estadio B la neoplasia es detectable al tacto rectal, pero se encuentra confinado a la próstata.

En el estadio C se sale de la cápsula prostática invadiendo tejidos vecinos.

En el estadio D es en el que se demuestran metástasis a distancia.

Dichos estadios se dividen en subgrupos que no fueron considerados en este estudio.

RESULTADOS Y COMENTARIO.

La incidencia por estadios (tabla I) nos demuestra que más del 50% de los casos son diagnosticados en estadios avanzados (C y D) y sólo un 14% en estadio A, al tratar de resear patología considerada como benigna. Estas cifras son similares a las reportadas por el Colegio Americano de Cirujanos en ciudadanos de bajo nivel sociocultural en Norteamérica.³

Las edades (tabla II) oscilaron entre 51 y 94 años, encontrándose que el 78% estaba entre la sexta y séptima décadas con un promedio de 71 años, lo cual no difiere de estudios presentados a nivel mundial.^{2,3}

En cuanto a factores etiológicos, no encontramos diferencias significativas en distintos grupos de población (urbana o rural) u ocupación, pero sí obtuvimos que un 63% de los pacientes eran tabaquistas.

En la tabla III se muestra que la Fosfatasa Acida se eleva en mayor porcentaje conforme más avanzado es el estadio hasta alterarse en un 65% en el estadio D. En el esta-

Tabla I: CLASIFICACION POR ESTADIO CLINICO

Estadio	Número de pacientes	
A	15	14.28%
B	36	34.28%
C	19	18.09%
D	35	33.33%
Total	105	

Tabla II: DISTRIBUCION POR EDADES

Edades	Número de pacientes	
50 - 59	4	3.80%
60 - 69	37	35.23%
70 - 79	45	42.85%
80 - 89	18	17.14%
90 - 99	1	0.95%

Promedio: 71.65 años

CONCLUSIONES.

El carcinoma de próstata aparece a partir de la quinta década de la vida con una mayor incidencia en las sexta y séptima décadas.

En nuestro medio el 50% de los casos se diagnosticaron en estadios avanzados, lo que nos indica que debemos ser más agresivos en el examen físico general, incluyendo siempre el tacto rectal digital, tomando en cuenta que éste es prácticamente la única arma de diagnóstico precoz de esta patología y es bien sabido que el diagnóstico en estadios tempranos mejora el pronóstico y la sobrevivencia de esta entidad, para la cual se cuenta con pocos recursos de tratamiento curativo realmente efectivos.

Los métodos de laboratorio con que contamos para

determinación de fosfatasa séricas no son útiles para la detección precoz de estaneoplasia. Tienen más utilidad en el seguimiento de los casos avanzados, en especial la Fosfatasa Ácida.

El carcinoma de próstata es más frecuente en tabaquistas, aunque la diferencia no es significativa.

La mayor parte de los pacientes consultan por síntomas de obstrucción de vías urinarias bajas y en un porcentaje notable estos síntomas son severos y han sido arrastrados por meses o años. Es imprescindible recalcar que a un paciente mayor de 50 años, tabaquista, con algún grado de obstrucción urinaria baja, debe efectuársele un tacto rectal con una alta sospecha de que se trate de un carcinoma de próstata.

BIBLIOGRAFIA

1. Grayhack, Jt: Bockrath, JM: Diagnosis of carcinoma of prostate. *Urology*, 1981, 17:54-60
2. Klein, La: Prostatic Carcinoma. *N. Engl. J. Med.*, 1979, 300: 824-833.
3. Murphy, Gp: Prostate Cancer Today. *Urology*, 1981, 17:1-3
4. Murphy, Gp: Karr, Jp: Slack, N.: Prostate Cancer. *Curr Probl. Onc.* 1980, 3: 17-21
5. Whitmore, Wf, Jr.: Hormone therapy in prostatic cancer. *Am. J. Med.*, 1956, 21: 697-713.