

TERMINOLOGIA Y CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS CUATRO ESTADIOS DEL CANCER DE PROSTATA

*Dr. Héctor Morales Martell**

RESUMEN

La glándula prostática, es el órgano más frecuentemente afectado por procesos neoplásicos, proliferativos benignos e infecciosos. Su incidencia aumenta progresivamente con la edad, y juegan papeles importantes la raza, alteraciones ecológicas y hormonales; sin embargo su prevalencia es casi uniforme en todos los seres humanos, como lo demuestran los variados estudios de autopsia efectuados y reportados en todo el mundo, cuyas cifras superan en mucho las cifras de incidencia en una proporción aproximada de 360:1.

Histológicamente más del 95% corresponden a adenocarcinoma, le sigue el Ca. de células transicionales de la uretra próstica y el sarcoma. La clasificación de Glenson ha venido a clarificar conceptos de la próstata en la histología del tumor de próstata.

Desde comienzos del siglo XX, el examen digital a través del recto, ha sido reconocido como la técnica más simple, accesible y útil para la detección del cáncer prostático.

La clasificación más usada actualmente en el mundo es la de W.F. Whitmore del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, quien magistral-

mente la explica al hablar de la historia natural de este cáncer, y también es usada para las diferentes modalidades de tratamiento que corresponden a cada estadio.

Con los diferentes tratamientos, podemos en algunos casos mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por esta enfermedad, pero ninguno excepto la prostactomía radical en un escaso porcentaje de pacientes (2%) tributables de esta modalidad pueden alcanzar la cura total, siendo la gran mayoría paliativos.

Esperemos que en un futuro no muy lejano podamos contar con tratamientos sistemáticos, ya sean químicos o inmunológicos, para poder curar cualquier estadio de esta letal, variable e impredecible enfermedad.

SUMMARY

The prostatic gland is the organ most frequently affected by infectious, benign proliferative and neoplastic diseases. These increase with age and are highly influenced by race, hormonal and ecologic alterations.

Studies based on autopsies, made all over the world, show that the prevalence of prostatic cancer is almost uniform in all the human beings and that it is much higher than incidence in an approximate proportion of 360:1.

* Asistente del Servicio de Urología
Hospital Dr. Calderón Guardia

Histologically more than 95% of prostatic cancers are adenocarcinoma followed by transitional cell carcinoma and sarcoma.

Gleason's histological classification of the biopsies of the prostate gland has clarified our concepts on prostatic cancer.

Since the beginning of the 20th century, the digital exam through the rectum has been recognized as the simplest, most useful and accesible technic for the detection of prostatic cancer.

At this moment, the most widely used classification is that of Dr W. F. WHITMORE from Memorial Sloan-

Kettering Cancer Center. He explains it through the natural history of this cancer, and it is also used to determine the treatment that corresponds to each stage.

With the different kinds of treatment available nowadays, we can in some cases, improve the quality of life of the patients, but only the radical prostatectomy, in a very low percentage of the patients (2%) to whom it is indicated, can achieve total cure. The treatment of prostatic cancer is mostly paliative.

We hope that in a near future we can count with systemic treatments, either chemical or inmunological, so as to cure any stage of this variable, unpredictable and lethal disease.

INTRODUCCION

La glándula prostática es un órgano extraordinario.

Dentro de su pequeño volumen, el cáncer es encontrado más frecuentemente que en cualquier otra parte del cuerpo humano.

Esta además es el sitio de la hiperplasia nodular benigna, la más común anomalía proliferativa benigna encontrada en órganos internos.

En adición una inusual alta incidencia de lesiones inflamatorias que producen destrucción tisular es encontrada en la próstata. 1

Comparada a hallazgos en otros órganos, una alta proporción de las lesiones prostáticas son silenciosas.

Actualmente el cáncer de la próstata es la segunda enfermedad maligna más común y la tercera causa de muerte en los hombres en Estados Unidos.

Un estimado de 90,000 casos van a ser diagnosticados en 1987 y 25,000 hombres fallecieron en 1985 en U.S.A por esta enfermedad.3.

El cáncer de próstata diagnosticado en vida, es únicamente la punta del iceberg, muchos más tumores insospechados pueden ser encontrados en la autopsia al efectuar cortes seccionales de la glándula.4.

La prevalencia asintomática de la enfermedad se ha encontrado en un 28% de series de autopsias, lo que ha llevado a considerarla como una enfermedad inocua en la ancianidad.5, sin embargo aún el 50% mueren de esta enfermedad.6.

En Costa Rica tenemos una incidencia de 13.8/100.000 por año, con el mayor número de casos afectando la meseta central.7.

Como probables factores etiológicos se han mencionado, el cadmio al actuar como antagonista del zinc (el cual regula varios aspectos del crecimiento de la célula prostática).8. Agentes infecciosos adquiridos a través de la actividad sexual. La edad: a mayor edad más posibilidades de cáncer prostático.9. La raza: es más frecuente en la raza negra que en blancos en los Estados Unidos.10 y el medio interno (quizás hormonales).

Cánceres prostáticos, son casi siempre adenocarcinomas, siendo lo más importante su grado de diferenciación celular, para en parte poder

"predecir" su probable comportamiento, aunque sus características son variabilidad y comportamiento insospechado 11.

A pesar de un gran número de nuevos reactivos para la cuantificación de los niveles de Fosfatasa ácida y de la Fracción prostática, el tacto rectal sigue siendo el mejor examen para la detección de esta patología 12.

Las opciones de tratamiento para cada estadio de la enfermedad son muchas, y cada modalidad tiene sus "ardientes" defensores. La comparación de resultados de los diversos tratamientos es alterado, no solo por la variable historia natural de la enfermedad sino que también por las variables en los criterios de respuesta y en la manera de reportarlos 13.

MATERIAL Y METODOS

ESTADÍO A:

El término cáncer "incidental" es claramente la mejor designación para este estadio, ya que este es tanto inaparente como inesperado 14, y no así los términos de Focal, ya que este cáncer puede no ser tan focal dentro de la próstata; Latente, falsamente implica potencial biológico disminuido; y el término Oculto, implica enfermedad metastásica en la terminología oncológica.

Estadio A1: La revisión de muchas series indican que menos del 10% de los pacientes con este estadio, van a desarrollar metástasis a distancia, y que únicamente alrededor del 2% van a morir de cáncer de próstata, por lo tanto todos los pacientes con estadio A1 probablemente no van a requerir terapia complementaria, especialmente los ancianos 15.

Estadio A2: Representa una forma más letal de cáncer, el cual es histológicamente más agresivo que el estadio B13. Aproximadamente 35% de los pacientes desarrollan metástasis y un 18% van a morir de cáncer de próstata a los 10 años, estos pacientes van a requerir terapia complementaria.

El porcentaje de incidencia del estadio A es casi del 10% de todas las prostectomías, pero también este porcentaje depende claramente de; edad del paciente- a mayor edad más posibilidad de encontrar cáncer 16.

La técnica de la prostectomía, RTU muestra más cáncer que la retropúbica y que la transvesical.

La manera en que es seccionado el tejido por el Patólogo 17.

Pacientes con estadios A (1 y 2), representan acerca de un 10% de todos los pacientes con cáncer de próstata 18.

ESTADÍO B:

Cáncer confinado a la glándula prostática al tacto rectal es considerado ser estadio B.

Estadio B1 o de Jewett, -1.5 cm limitado a un lóbulo, rodeado de tejido normal, es asintomático, con fosfatasas normales 19.

Estadio B2, +1.5 cm limitado a un solo lóbulo prostático 20.

Estadio B3, +1.5 cm, pero localizado a dos lóbulos, con compromiso difuso de la glándula, pero sin invasión de la cápsula, fosfatasas normales 21.

Estos constituyen cerca del 10 al 15% de todos los cánceres de la próstata en el momento de su presentación.

ESTADÍO C:

Cáncer de la próstata que se ha extendido a través de la cápsula prostática, pero que no ha metastatizado.

Puede envolver las vesículas seminales, el cuello de la vejiga y paredes laterales de la pelvis.

Estadio C1, cuando invade hasta la cápsula.

Estadio C2, cuando tiene un peso menor a los 70 gramos, sin invasión de las vesículas seminales.

Estadio C3, cuando tiene un peso mayor a los 70 gramos e invade las vesículas seminales.

Constituye el 40% de todos los cánceres en el momento de su presentación, no hay aumento en las fosfatasa.

La supervivencia a 5 años puede ser tan alta como el 58% en pacientes no tratados, siempre y cuando tengan cifras de fosfatasa normales²².

ESTADÍO D:

Representa el cáncer prostático metastásico, detectado ya sea clínicamente o por medio de examen patológico²³.

Estadio D0, elevación de la fosfatasa ácida y fracción prostática sin evidenciar metástasis.

Estadio D1, es aquel estadio diagnosticado A-B-C, que sin embargo ha metastatizado a ganglios linfáticos pélvicos por debajo de la bifurcación aórtica.

Estadio D2, evidencia clínica de metástasis a víceras y/o huesos detectados clínicamente, aumento en las fosfatasa y fracción prostática.

El 40-50% de todos los pacientes con cáncer de próstata se encuentran en este estadio cuando son valorados por primera vez.

En orden descendente los sitios más comunes de las metástasis son: huesos, ganglios linfáticos, pulmones e hígado.

La presencia de las metástasis es proporcional al "score" histológico de Gleason, que se obtiene con el estudio de la biopsia²⁴.

COMENTARIO

Las evidencias demuestran que únicamente del 1 al 2% de todos los pacientes que se presentan

con cáncer de próstata, son curables por la prostectomía radical, excepto para los pacientes con estadio A1, y que cualquier otro método actual de tratamiento, ofrece menos oportunidad de una potencial cura.

Los pocos pacientes con cáncer de próstata quienes son curados, son tal vez los que no necesitan de nuestros esfuerzos terapéuticos²⁵.

Hay que recordar el hecho de que por cada hombre que muere por cáncer prostático hay varios cientos quienes tienen la enfermedad asintomática, y que el tiempo de doblamiento de las células cancerosas de la próstata, en algunas personas es tan lento, que al menos en estos, muchos años se requerían para que las células cancerosas alcancen un volumen metastásico crítico dentro de la próstata y cause la muerte debido a las metástasis generalizadas.

Es psicológicamente difícil para el médico admitir que no existe una cura efectiva para el 98% de los pacientes con cáncer de próstata, por lo tanto estamos urgidos de una nueva forma de terapia que sea curativa para pacientes con esta enfermedad, en cualquiera de sus estadios, sea esta forma quimioterapia o inmunoterapia sistémicas.

Quizás nosotros deberíamos, al enfrentarnos con el paciente portador de cáncer de próstata ser más realistas y pensar únicamente en mantener o mejorar la calidad de vida para éstos con un "standard" de soluciones como sería una RTU para la obstrucción prostática, radioterapia localizada para las metástasis dolorosas, tratamiento endocrino para combatir las molestias generadas por esta enfermedad.

Para continuar progresando hacia el futuro, nosotros deberíamos hacer lo siguiente: teniendo a mano las herramientas que nos van a decir cuándo las metástasis están ausentes, y con esta información indispensable, debemos buscar el método más satisfactorio para remover o destruir el crecimiento local; y cuando hay metástasis debemos encontrar a través de exhaustivos exámenes de laboratorio y de ensayos clínicos la alternativa terapéutica ideal²⁶.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Mc Neal JE: The prostate gland. 1983 Monographs in Urology: 1983; vol. 4, N1; 3.
- 2.- Silberberg E: Cancer statistics, 1985 CA 35:19, 1985.
- 3.- Garnick MB: Carcinoma of the prostate. Urologic Cancer Course 1986, Harvard University. Boston Ma.
- 4.- Gleason DF: The Pathologist's Contribution to the Clinical Management of Adenocarcinoma of the Prostate: Urological Cancer. USC 1983: 73.
- 5.- Mettlin C: Epidemiology of prostate cancer in different population groups. *Clin Oncol* 2:187, 1983.
- 6.- Breslow N, Chan CW, Thorn G et al: Latent carcinoma of the Prostate at autopsy in seven areas. *Int J Cancer* 20: 680, 1977.
- 7.- Registro Nacional de Tumores, Min. de Salud. Costa Rica, 1985.
- 8.- Lemen RA, Lee JS, Wagoner JK: Cancer mortality among cadmium production workers. *Ann NY Acad Sci* 271: 273-279, 1976.
- 9.- Murphy GD: Carcinoma of the prostate. *Semin Oncol* 1976: 3;151.
- 10.- Hutchinson GB. Epidemiology of prostatic cancer. *Semin Oncol* 1976: 3;151.
- 11.- Gleason DF: Histologic grading and clinical staging of carcinoma of the prostate. In M Tannenbaum (Ed). *Urologic pathology: The Prostate*. Philadelphia: Lea and Febiger. 1977.
- 12.- Guinan P: What is the best test to detect prostatic cancer? *CA*:141. 1981.
- 13.- Peto R, Pike MC, Armitage NE et al: Design and analysis of randomized clinical trials requiring prolonged observation of each patient. Part II. Analysis and Examples, *Br J Cancer* 35:1-39, 1977.
- 14.- Sheldon CA, et al: Incidental carcinoma of the prostate: a review of the literature and critical reappraisal of classification. *J Urol* 124: 626, 1980.
- 15.- Whitmore WF: Comunicación personal, 1984.
- 16.- Scott R Jr et al: Carcinoma of the prostate in the elderly men: incidence-growth, characteristics and clinical significance. *J Urol* 101:1969.
- 17.- Mc Neal JE: Origin and development of carcinoma in the prostate. 1983 Monographs in Urology 4: N1, 13. 1983.
- 18.- Silberberg E: Cancer statistics, 1982 CA 32:15. 1982.
- 19.- Jewett HJ: Prostate cancer; A personal view of the problem. *J Urol* 131: 845, 1984.
- 20.- Whitmore WF: The natural history of prostate cancer. *CA* 32:1104, 1973.
- 21.- Whitmore WF: The natural history and staging of prostatic cancer. *The Urological Cl. of N America*, vol 2 N2: 212, 1984.
- 22.- Walsh PC, Jewett HJ: Radical surgery for prostatic cancer. *CA* 45:1906, 1980.
- 23.- Catalona WJ, Stein AJ: Staging errors in clinically localized prostatic cancer. *J Urol* 127: 452, 1982.
- 24.- Gleason DF: Histologic grading and clinical staging of prostatic carcinoma, in M Tannenbaum (Ed), *Urologic Pathology: The Prostate*, Philadelphia, Lea & Febiger, pag 171 1972.
- 25.- Whitmore WF: The natural history of prostate cancer, *CA* 32:1104, 1973.
- 26.- Jewett HJ: Prostatic cancer: A personal view of the problem. *J Urol*, 131: May: 845-849, 1985.