

TUMORES DE LA PROSTATA: SU INCIDENCIA EN EL HOSPITAL SALVADOR B. GAUTIER

* Dr. Miguel A. Logroño Batlle
 ** Dr. Roberto Logroño Di Vanna
 ** Dr. Francisco E. Martínez Cabruja

El objetivo de esta investigación fue establecer la incidencia de las tumoraciones benignas y malignas de la próstata en la población obrera que recibe atención médica en el Hospital Salvador B. Gautier, del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).

MATERIALES Y METODOS

Hicimos una revisión de los archivos, tanto de informes histopatológicos como de láminas, del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Gautier, con fines de garantizar la confirmación diagnóstica por medios histopatológicos de los casos estudiados.

En total fueron revisados 30,194 estudios biopsicos realizados en el período comprendido entre septiembre de 1953, fecha de inauguración del departamento de patología del hospital, y diciembre de 1984, fecha escogida como tope de nuestra investigación (31 años).

Fueron revisados todos los casos de neoplasias de la glándula prostática, así como también las de otros órganos del sistema urogenital masculino, con la finalidad de establecer comparaciones acerca de la incidencia de los tumores de la próstata en relación con otros del sistema genito-urinario en la población masculina obrera que procura atenciones médicas en el Hospital Gautier.

De acuerdo a la gran mayoría de los autores internacionales,¹⁻²⁻³⁻⁴ la hiperplasia nodular benigna de la próstata es considerada aparte de las neoplasias, como entidad no tumoral, ya que su ocurrencia es tan común en la edad avanzada que muchos la consideran normal⁴ para esas edades y es la patología que con mayor frecuencia afecta a la próstata. Sujetándonos a los conceptos anteriormente citados, este trabajo no incluye la hiperplasia prostática en su casuística.

Las biopsias estudiadas incluyeron especímenes tanto procedentes de cirugía como material obtenido por punción

biopsia de la glándula, en una proporción de 56.2% y 53.8% respectivamente.

Se realizaron conteos por el método de palotes, con la finalidad de hacer las distribuciones porcentuales de las neoplasias encontradas en los diferentes órganos revisados y poder luego hacer comparaciones con las estadísticas internacionales disponibles. Los resultados obtenidos fueron vaciados en cuatro gráficos, con fines de ilustración.

RESULTADOS

De las 30,194 biopsias revisadas, 667 casos correspondieron a neoplasias benignas y malignas del sistema genito-urinario masculino, siendo la próstata el órgano más frecuentemente afectado por tumores en ese sistema.

Del total de tumoraciones del sistema uro-genital masculino, 249 correspondieron a tumores benignos y malignos de la próstata, lo que equivale al 37.33% de todas las neoplasias genito-urinarias masculinas.

Luego de la próstata, las localizaciones más frecuentes para neoplasias uro-genitales masculinas fueron las siguientes (ver gráfico I):

—Pene: 247 casos (37.03% de los tumores genito-uritarios masculinos), siendo la gran mayoría Carcinoma Epidermoide.

—Vejiga: 85 casos (12.74%), con predominio del Carcinoma a Células Transicionales.

—Riñones: 21 casos (3.15%), predominando el hipernefoma.

—Testículos: 15 casos (2.25%), con predominio del Seminoma.

Otros órganos del sistema uro-genital masculino, tales como uretra, escroto, epidídimo, cremaster, cordón inguinal, región perineal y región perianal, tuvieron una incidencia de tumores mucho menor que los anteriores, para un porcentaje conjunto de 7.5%

De los 249 tumores en próstata, solamente 4 fueron benignos (1.6%), siendo el resto de naturaleza maligna (98.4%) (ver gráfico II). La distribución de las neoplasias prostáticas fue de la siguiente manera (ver gráfico III):

(*) Jefe Departamento Anatomía Patológica del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (IDSS).

(**) Médicos generales.

Asociación de CA prostático con hiperplasia de la glándula ocurrió en 34 (14%) de los 242 casos de adenocarcinoma de próstata estudiados.

GRAFICO I.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DEL SISTEMA UROGENITAL ♂ EN EL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA DE HSBG EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE SEPTIEMBRE 1953 Y DICIEMBRE 1984

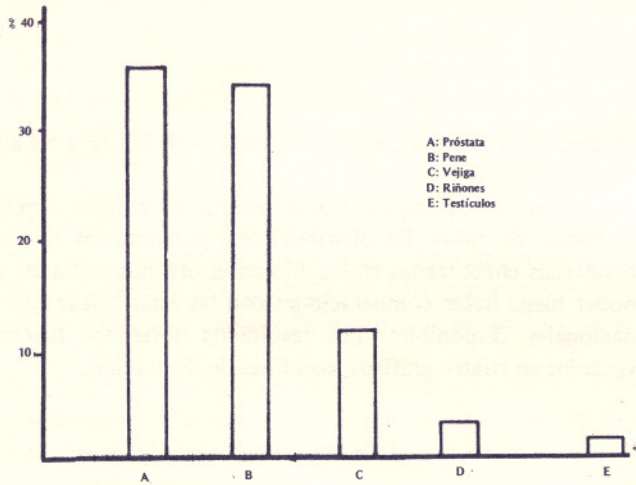
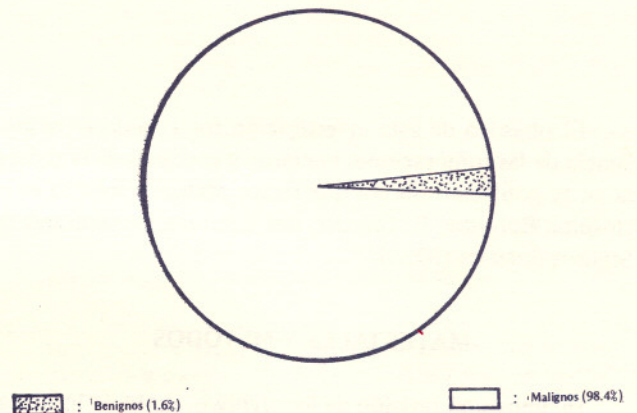


GRAFICO II

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE LA PROSTATA EN EL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HSBG EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE SEPTIEMBRE 1953 Y DICIEMBRE 1984



Benignos:

- 3 leiomiomas 1.20%
- 3 fibroadenomas 0.40%

Malignos:

- 242 adenocarcinomas 97.18%
- 2 fibrosarcomas 0.80%
- 1 CA epidermoide 0.40%

El Adenocarcinoma (CA) de la próstata fue, de manera amplia, la neoplasia que más frecuentemente afectó a esa glándula en nuestra casuística. La distribución por grupos de edad del CA prostático fue la siguiente (ver gráfico IV):

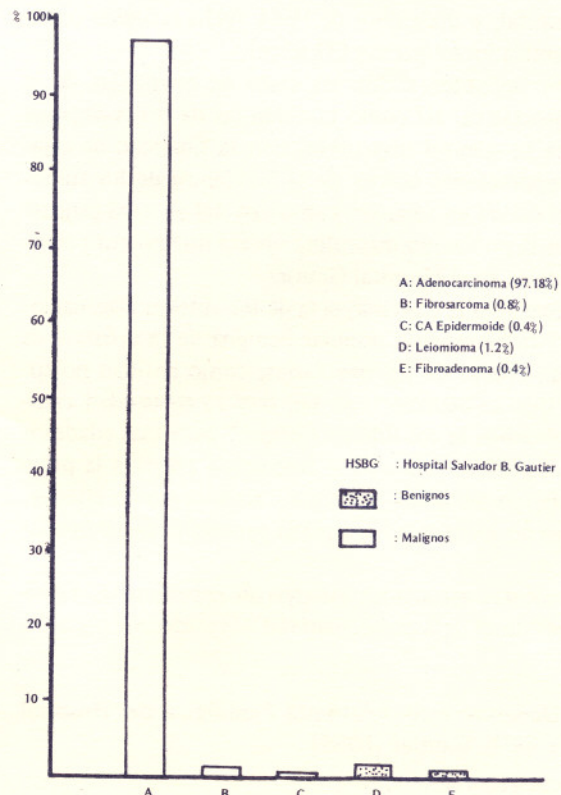
Menores de 40 años	4 casos (1.6%)
41 a 50 años	12 casos (4.8%)
51 a 60 años	50 casos (20.08%)
61 a 70 años	85 casos (34.13%)
71 a 80 años	65 casos (26.10%)
Mayores de 80 años	11 casos (4.41%)

En 14 de los casos de CA prostático (5.62%), la edad no fue consignada en los expedientes clínico o histopatológico, razón por la cual fueron excluidos de los grupos de edad anteriormente presentados.

La media de edad para los adenocarcinomas de nuestra casuística fue de 65.6 años y el rango de 20 a 91, lo que refleja la posibilidad de ocurrencia de este tumor prostático en pacientes de tan corta edad como el del límite inferior del rango.

GRAFICO III

DISTRIBUCION HISTOLOGICA DE TUMORES DE LA PROSTATA EN EL DEPTO. DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HSBG EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE SEPTIEMBRE 1953 Y DICIEMBRE 1984



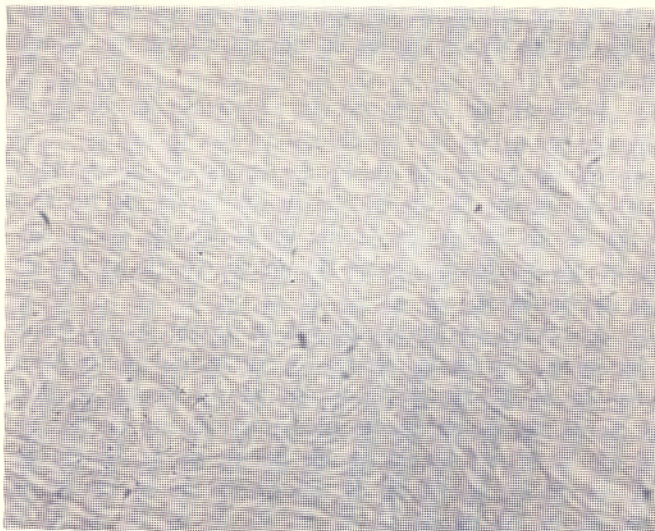
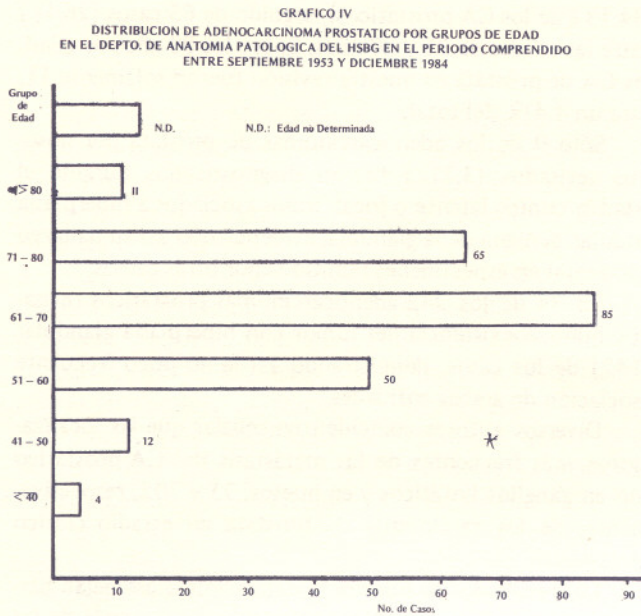


FIG. 1. Adenocarcinoma de la Próstata. Se observa proliferación bien diferenciada de glándulas tumorales soportadas por escaso estroma fibro-muscular. X 10.

La gran mayoría de los CA de próstata de nuestra casuística fueron diagnosticados durante los estadios clínicos

avanzados, siendo solamente 9 (3.71%) los casos diagnosticados en el estadio latente o focal.

Dos de los casos de adenocarcinoma de próstata fueron reportados como infiltrativos y uno como poco diferenciado o anaplásico. Otro de los casos coexistió con una neoplasia en otra localización: un fibroma blando del escroto.

En 21 de los 242 casos de CA prostático (8.67%) se reportó extensión del tumor a órganos vecinos y/o metástasis a distancia. El involucramiento tumoral de otros órganos fue de la manera siguiente:

- Pared abdominal 1 caso
- Vejiga 2 casos
- Recto 1 caso
- Epiplón mayor 1 caso
- Metástasis óseas 3 casos (a fémur, hueso ilíaco y a columna lumbar)
- Metástasis a ganglios 13 casos, de los cuales:
 - 9 a ganglios perineurales
 - 2 a ganglios cervicales
 - 2 a ganglios inguinales.

Las demás neoplasias malignas de la próstata en nuestra revisión fueron:

- 1 Carcinoma Epidermoide en paciente de 78 años.
- 2 Fibrosarcomas, uno en paciente de 32 años y el otro sin edad reportada.

Las neoplasias benignas prostáticas fueron:

- 3 Leiomiomas, en pacientes de 60, 61 años, y el tercero con edad no consignada.
- 1 Fibroadenoma, en paciente de 70 años.

DISCUSION

Según la mayoría de los autores consultados, las neoplasias prostáticas son mayormente de naturaleza maligna, siendo los tumores benignos muy raros en esa glándula.¹⁻³⁻⁴

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo arrojan conclusiones similares al respecto, ya que los tumores benignos de próstata en nuestra casuística representaron sólo el 1.6% de las neoplasias en dicha glándula; los tumores malignos comprendieron el 98.4% (ver gráfico II).

Los tumores benignos de la próstata revisados por nosotros fueron: 3 del tipo Leiomioma, los cuales se originan a partir del componente muscular liso del estroma y 1

Fibroadenoma, que toma su origen a partir del epitelio glandular de la próstata y se rodea por una proliferación fibrosa del estroma.

De los 245 tumores malignos de próstata encontrados en nuestra revisión, 242 correspondieron al tipo histológico Adenocarcinoma (CA), de los cuales 106 (43.8%) fueron diagnosticados en los últimos 15 años en base a material obtenido por punción biopsia de la glándula. Los tres restantes tumores malignos de próstata encontrados fueron: 2 fibrosarcomas y 1 carcinoma epidermoide.

La gran mayoría de los investigadores¹⁻²⁻³⁻⁴ coincide en señalar que más del 95% de los tumores de la próstata son adenocarcinomas. Nuestra investigación coincide con esa proporción, ya que 97.18% de los tumores prostáticos revisados en este trabajo fueron adenocarcinomas (ver gráfico III).

Por otra parte, las estadísticas de los Estados Unidos señalan que el CA de la próstata es la segunda neoplasia maligna en incidencia en varones, luego del CA de pulmón y seguido por el CA de colon y recto.⁴⁻⁵ En cambio, la revisión realizada por nosotros en el Hospital Gautier, nos reveló al CA de próstata como la forma más frecuente de cáncer en varones (242 casos), seguido por el de colon y recto (182 casos), el de pene (159 casos) y pulmón (109 casos). En este punto es preciso aclarar que con el uso creciente, en años recientes, de la broncoscopia con fines de toma de muestra para biopsia, es muy posible que la incidencia real del CA de pulmón y varias áreas sea aun mayor, como lo ha sido en los últimos 15 años el CA prostático con el uso de la punción biopsia. Lo mismo puede ser cierto para el cáncer de colon y recto con el incremento en el uso de la rectosigmoidoscopia.

En relación a los órganos del sistema genito—urinario masculino, nuestra investigación reportó al CA de la próstata como la neoplasia maligna más frecuente, seguido por el CA de pene y luego, por el carcinoma a células transicionales de la vejiga urinaria (ver gráfico I).

Es ampliamente reconocido por los diferentes autores¹⁻²⁻³⁻⁴ que el adenocarcinoma de la próstata es una entidad relacionada íntimamente a la edad senil, extremadamente rara antes de los 40 años y cuya frecuencia aumenta notablemente con la edad. Estudios realizados establecen que la mayor frecuencia de CA prostático ocurre entre los 70 y 75 años de edad.⁴

Los resultados de nuestra revisión coinciden con el enunciado de que el CA de próstata es raro antes de los 40 años de edad, puesto que solamente encontramos 4 casos (1.6%) en ese grupo de edad (ver gráfico IV). En el grupo de edad comprendido entre los 41 y 50 años la ocurrencia del tumor también fue baja, 12 casos (o 4.8% del total (ver gráfico IV).

Pasados los 50 años de edad, el incremento en la frecuencia del CA de próstata en nuestra casuística fue notorio (ver gráfico IV), coincidiendo así con los diversos autores

citados; sin embargo, la mayor frecuencia de la neoplasia, en nuestra revisión, fue en el grupo de edad comprendido entre los 61 y 70 años, en que encontramos 85 casos (34.13% de los CA prostáticos), seguido de 65 casos (26.1%) entre las edades de 71 y 80 años. Sobre los 80 años de edad, los CA de próstata en nuestra revisión fueron solamente 11, para un 4.41% del total.

Sólo 9 de los adenocarcinomas de próstata por nosotros revisados (3.71%) fueron diagnosticados durante el estadio clínico latente o focal, todos asociados a hiperplasia nodular benigna de la glándula, evidenciando así su hallazgo accidental en especímenes remitidos por otras causas.

En 34 de los 242 adenocarcinomas prostáticos revisados hubo coexistencia del tumor con hiperplasia glandular (14%) de los casos, demostrando así la no poco frecuente asociación de ambas entidades.

Diversos autores coinciden en señalar que las localizaciones más frecuentes de las metástasis del CA prostático son en ganglios linfáticos y en huesos, 77 y 70%, respectivamente, de los carcinomas de próstata en estadio clínico metastásico.

Los resultados de nuestra investigación se asemejan bastante al enunciado anterior, ya que la gran mayoría de las metástasis en nuestra revisión fueron a ganglios linfáticos y, de éstos, principalmente a los ganglios perineurales. La segunda localización de metástasis más frecuente en nuestro estudio fue a huesos: fémur, hueso ilíaco y columna lumbar, considerados los sitios de metástasis óseas más comunes.

Metástasis del CA de próstata a vísceras tales como pulmón, pleura, hígado y cerebro son poco frecuentes, no reportándose en nuestra revisión involucramiento metastásico de esos órganos. Sin embargo, extensión directa del tumor a órganos adyacentes tales como vejiga urinaria, recto, epiplón mayor y hasta la pared abdominal, ocurrió en 5 de los casos estudiados.

Los datos existentes acerca de la incidencia del CA epidermoide en próstata varían en reportar desde porcentajes menores al 1% hasta 4%.³ Los resultados de nuestra revisión se aproximan notablemente a los anteriormente citados, ya que el caso de CA epidermoide por nosotros revisados se corresponde con el 0.4% de todos los tumores prostáticos de nuestra investigación.

Los informes consultados acerca de los sarcomas de la próstata señalan una frecuencia sumamente baja para esos tumores, en el orden del 0.1%¹⁻³ y que el fibrosarcoma es una de sus variantes histológicas más comunes. Los tumores sarcomatosos por nosotros encontrados representaron apenas el 0.8% de todos los tumores en esa glándula, reportándose 2 casos de fibrosarcoma en nuestra casuística.

Por otra parte, el enunciado de que 60 a 70% de los sarcomas prostáticos hacen su aparición en las primeras cuatro décadas de la vida³ coincide con uno de los fibrosarcomas de nuestra revisión, el cual contaba con 32 años de

edad al momento del diagnóstico. La edad en el segundo de los casos no fue consignada en el expediente clínico del paciente.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación nos evidencian una elevada incidencia de tumores prostáticos, mayormente el adenocarcinoma, en la población obrera que recibe asistencia médica en el Hospital Salvador B. Gautier de Santo Domingo.

Dado que nuestros resultados tuvieron una gran similitud con los reportados en estadísticas y publicaciones internacionales recientes, podríamos asumir una incidencia similar para la población masculina dominicana. Este trabajo podría ser considerado como preliminar a futuras investigaciones orientadas a determinar la magnitud e incidencia de las neoplasias de la próstata en la República Dominicana; fue ésta una de las motivaciones del presente trabajo.

Al ser tan preocupantemente elevada la incidencia de tumores prostáticos en el Hospital Gautier, principalmente el adenocarcinoma, y siendo ésta una patología resecable quirúrgicamente y tratable médicamente de una manera efectiva, si es diagnosticada durante los estadios clínicos temprano y latente, se impone la búsqueda de medidas que conduzcan al diagnóstico precoz de la neoplasia.

En tal virtud, esta investigación sugiere tomar en cuenta el generalizar la práctica periódica del examen digital rectal en todo paciente masculino mayor de 50 años que acuda a la consulta, de manera similar al uso, ya rutinario, del examen de Papanicolaou en la consulta ginecológica para la detección precoz del carcinoma de cérvix uterino. Dicha práctica podría instituirse y ser masificada a todos los niveles de atención médica, tanto pública como privada, disponibles. A los casos sospechosos sugerimos tomar muestra para biopsia mediante la punción-biopsia de la glándula.

Esperamos que estas sugerencias puedan ser acogidas por los clínicos, a fin de poder diagnosticar y tratar más tempranamente esa tan frecuente tumoración maligna y mejorar, por ende, el pronóstico de vida de los pacientes afectados por el CA de la próstata.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, W.; M.D. "Pathology". 6th. Edition, 1971; págs. 846-853. Mosby.
2. D. Ashley, "Evan's Histological Appearances of Tumors". Churchill Livingstone, 3ra. edición, 1978. Pág. 783-794.

3. H. Karsner, M.D. "Tumors of the Urogenital System and Adrenals". Armed Forces Institute of Pathology. Pag. 7-41. 1950.
4. S. Robbins, R. Cotran, V. Kumar, M.D. "Pathologic Basis of the Disease". 3ra. Edición, pág. 1099-1107. Saunders Company, 1984.
5. H. Siedman, M.D., E. Silverberg, M.D., A. Bodden, M.D. "Cancer Statistics". American Cancer Society, 1978.
6. J. Castaldo, J. Bernat, F. Meir, A. Schned, M.D. "Intracranial Metastasis due to Prostatic Carcinoma", Cancer 52, pág. 1739-1747. 1983.

NOTA: La anterior es la bibliografía en el orden de aparición en las citas. Adicionalmente, fueron consultados los siguientes textos bibliográficos en el desarrollo del presente trabajo (aun cuando no se citan):

En orden alfabético:

- A. Bocking, J. Kehn, M.D. "Combined Histologic Grading of the Prostatic Carcinoma". Cancer 50, pag. 288-294, 1982.
- P. Braun, M.D. "The Differentiation of Prostate Carcinoma". Cancer 52, pag. 246-251; 1983.
- D. Citrin, M.D., T. Hogan, M.D. "A Phase II Evaluation of Adriamycin and Cis-Platinum in Hormone Resistant Prostate Cancer". Cancer 50, pág. 201-206; 1982.
- L. Goldenberg, H. Silver, L. Sullivan, M. Morse, L. Archibald, M.D. "A Critical Evaluation of a Specific Radioimmunoassay for Prostatic Acid Phosphatase". Cancer 50, pág. 1847-1851, 1982.
- Grabstald, M.D. "Cancer of the Prostate". American Cancer Society. 1965.
- Guyton, A. "Textbook of Medical Physiology". 6ta. edición, pág. 994. Saunder Company. 1984.
- H. Parfitt, J. Smith, J. Gliedman, L. Middleton, M.D. "Accuracy of Staging in Carcinoma of the Prostate". Cancer 51, pag. 2346-2350. 1983.
- N. Shevchuc, N. Roman, P. Ying, M. Tannenbaum, C. Olson, M.D. "Acid Phosphatase Localization in Prostatic Carcinoma". Cancer 52, pag. 1642-1646. 1983.
- H. Taylor, M.D., J. Blom, M.D. "Transitional Cell Carcinoma of the Prostate". Cancer 51, pag. 1800-1802; 1983.
- I. Thing, R. Najem, J. Paradiso, M. Puerman, M.D. "Cancer Among Blacks in Newark, New Jersey 1970-78". Cancer 50, pag. 180-186, 1982.
- L. Yam, C. Winkler, A. Jankila, K. Lam, M.D. "Prostatic Cancer Presenting as Metastatic Adenocarcinoma of Undetermined Origin Immunodiagnosis by Prostatic Acid Phosphatase". Cancer 51, pag. 283-287; 1983.