

CARCINOMA PROSTATICO

(INCIDENCIA DE CARCINOMA PROSTATICO EN UNA SERIE ININTERRUMPIDA DE BIOPSIAS EN PACIENTES UROLOGICOS EN EL AÑO 1982.

*Fernando Coto Chacón**

*Aura E. Gutiérrez R.***

*Rodolfo Céspedes F.***

INTRODUCCION

El propósito de este trabajo es ver la incidencia del carcinoma en una serie de biopsias prostáticas llegadas al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, en el curso del año 1982, producto del Servicio de Urología del Hospital. En la mayoría de los casos el síntoma que determinó la consulta, fue prostatismo. Queremos circunscribir este trabajo exclusivamente a los casos venidos en el año 1982, para ver lo que ocurre en un determinado período de tiempo en la época actual. El prostatismo es una condición patológica que resulta de un proceso irritativo prostático, consecutivo a una obstrucción urinaria en el adulto. Los procesos anormales determinantes del prostatismo son fundamentalmente cuatro: hiperplasia glandular, fibrosis, inflamación y carcinoma. El prostatismo más frecuente se da en la hiperplasia glandular cuya incidencia aumenta después de los 45 años y tiende a producir síntomas

característicos después de los 50 años. Esta patología es responsable de más del 80o/o de las obstrucciones urinarias a esa edad. En la práctica clínica el prostatismo ha aumentado en el último cuarto de siglo, como consecuencia de un aumento en el número de hombres que presentan crecimiento prostático. La sintomatología en los primeros estadios del crecimiento prostático consiste en irritación, con aumento en la frecuencia urinaria y fundamentalmente nicturia; todo esto antes de que se haya producido un fenómeno obstructivo; puede existir dolor durante la micción dependiendo del grado de congestión que causa irritación a nivel del cuello vesical. Con frecuencia se presenta urgencia, pero no hay todavía dificultad para orinar, vaciando el paciente la vejiga en su totalidad por lo que todavía no existe residuo. Conforme se avanza en años y de acuerdo al crecimiento y congestión prostática, la hiperplasia va determinando mayor severidad en la sintomatología, apareciendo polakiuria, nicturia y disuria. A su vez se nota la disminución del calibre del chorro urinario y poco a poco se llega a un mayor grado de obstrucción hasta culminar con la retención urinaria aguda o crónica. Si bien los síntomas de prostatismo están en su mayoría determinados por la hiperplasia y/o congestión prostática, también

* *Servicio de Urología. Hospital Dr. Carderón Guardia*

** *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Dr. Calderón Guardia.*

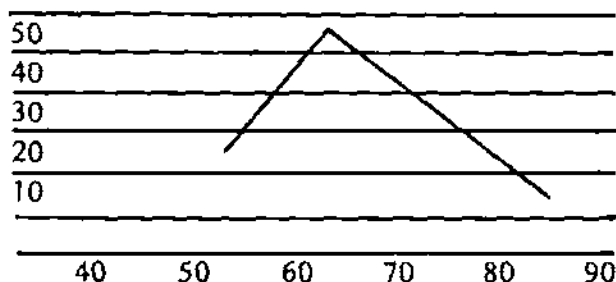
es cierto que el carcinoma de la próstata puede producir el mismo proceso de irritación, obstrucción y por tanto de prostatismo. Lo anterior nos lleva a decidir ante un prostatismo y un tacto rectal dudoso, la obtención de una biopsia prostática para descartar, algo que se manifiesta como una hiperplasia benigna pero sospechosa, la posibilidad de otra patología como un carcinoma incipiente.

MATERIAL Y METODOS:

Hemos estudiado 138 casos de biopsias prostáticas procedentes en su totalidad del Servicio de Urología del Hospital Calderón Guardia: de ellos, 73 corresponden a resecciones transuretrales; 55 a prostatectomías suprapúbicas y 10 son biopsias obtenidas con la aguja. La edad de los pacientes va desde 52 hasta 89 años, encontrándose la mayoría en la séptima y octava década de la vida (Cuadro No. 1).

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR EDADES DE PACIENTES QUE CONSULTAN POR PROSTATISMO



El método quirúrgico empleado para obtener los 138 biopsias fue: resección transuretral en 73 casos (52o/o); prostatectomía supra-púbica en 55 casos (39o/o); y biopsia con aguja en 10 casos (7o/o). Este último método se empleó preferentemente en los casos con sospecha de Ca.

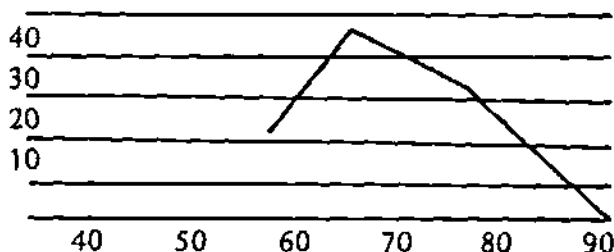
HALLAZGOS:

La gran mayoría de casos correspondió histológicamente a hiperplasia epitelial; son 112 casos (81o/o) de los cuales, 21 están en la sexta década; 47 en la séptima década de la vida; 33 en la

octava década y 11 en la novena década. La distribución de este material se puede ver en el cuadro No. 2.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR EDAD, DE LOS CASOS DE HIPERPLASIA

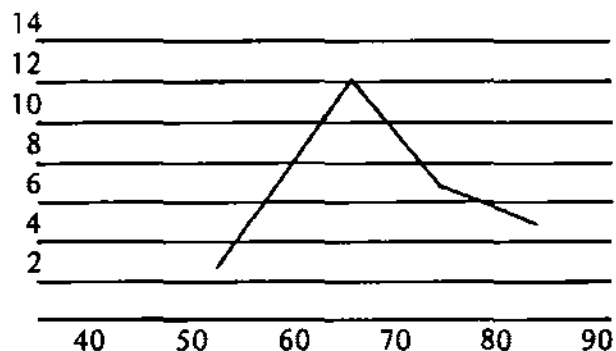


Entre los 112 casos de hiperplasia epitelial hay 19 en que fue posible detectar histológicamente, focos de "adenosis"; esta condición podría también llamarse displasia del epitelio glandular y consiste en el hallazgo dentro de las células epiteliales de algunos núcleos más grandes e hipercrómicos y glándulas de tamaño desigual; estas áreas contrastan en el seno de un conjunto glandular hiperplásico. Creemos que estos casos deben ser seguidos de cerca, para ver si en el futuro avanzan hacia malignidad, conforme lo expresado por Brawn (1). Otro hecho que nos parece de interés en los casos de hiperplasia es la existencia del componente inflamatorio, que en nuestro material estuvo presente en 47 de los 112 casos, lo que equivale a 42o/o; de estos 47 casos 9 son exclusivamente agudos y 38, predominantemente crónicos, con microfocos de reagudización. Otro factor que a veces no se toma en cuenta, es la hiperplasia estromal en donde se forman nódulos constituidos por una mezcla de fibroblastos, colágeno y fibras musculares, con una mediana cantidad de pequeños vasos. Este factor de crecimiento prostático es menos frecuente que la hiperplasia epitelial pura; aparece en forma mixta en un 50o/o de los casos de aumento de volumen prostático. La hiperplasia estromal predominante se da en un 10o/o de los casos. Histopatológicamente es muy distinto ver una hiperplasia estromal que una epitelial, que es la más frecuente y probablemente estos procesos

son de etiología distinta que desconocemos (como lo señala Mostofi (3)). El crecimiento estromal predominante fue señalado ya en 1920 por Deming (2) e interpretado como constituido exclusivamente de músculo liso; posteriormente ha podido establecerse con tinciones especiales que a más de fibras musculares hay otros elementos en estos nódulos como lo hemos dicho anteriormente. Un problema inquietante es el de determinar si en estado de hiperplasia epitelial se produce secundariamente carcinoma. En el material de prostatectomía suprapúbica es posible establecer la coexistencia de hiperplasia y carcinoma; menos seguro es hacer este diagnóstico en los fragmentos de R.T.U. y en las biopsias con aguja nos parece imprudente intentarlo. En nuestros 27 casos de carcinoma se estableció la coexistencia de hiperplasia en 6 casos, 5 de los cuales corresponden a material de prostatectomía suprapúbica, y uno en material de R.T.U. Creemos que sólo una observación clínica hecha por largo tiempo, en donde se haya establecido primero la existencia de hiperplasia y posteriormente la aparición de carcinoma, daría fundamento suficiente para afirmar que la hiperplasia es base de carcinoma más que las próstatas no hiperplásicas. Nuestro material es escaso y sólo nos atrevemos a señalar que la coexistencia de los procesos de carcinoma e hiperplasia se produjo en el 22o/o de nuestro material. Respecto a los tumores malignos tenemos 27 casos lo que hace el 18.8o/o del total de las biopsias. De estos 27 casos 8 tenían diagnóstico clínico bien definido de carcinoma; en 9 casos la clínica envió el espécimen como sospecha, que fue confirmada en la biopsia. En 10 casos la clínica creyó enviar una hiperplasia y el carcinoma fue un hallazgo histológico. Desde el punto de vista histopatológico y advirtiendo que, a veces el espécimen, es muy pequeño y presenta dificultad para la clasificación podemos decir que hay 8 casos de adenocarcinoma bien diferenciado de conducto grande, 9 tienen el patrón microacinar; 7 son de tipo indiferenciado y 3 son de tipo mixto, es decir, tienen algunas glándulas bien diferenciadas y brotes indiferenciados. La cantidad de casos es pequeña para hablar de porcentaje y creemos que si los especímenes fueran más grandes probablemente la modalidad mixta aumentaría. La distribución por edades de nuestros casos de carcinoma puede verse en el cuadro No. 3: Hay 3 casos de la 6ta década, 12 casos de la 7ma década; 7 casos de la octava y 5 casos en la novena.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS CASOS DE CA. PROSTATICO



RESUMEN

Un estudio del material de biopsias prostáticas recibido durante el año 1982 permite decir que en el 81o/o de los casos aparece hiperplasia epitelial, preferentemente en las de la 8ava década de la vida. Entre las hiperplasias epiteliales hay un 16.9o/o con focos de adenosis que a nuestro juicio significan displasia que debe vigilarse por considerar que podrían tener mayor tendencia a la aparición de carcinoma. Se señala que la hiperplasia estromal es un problema menos claro que el de la hiperplasia epitelial aunque ambos procesos suelen estar juntos en un 50o/o. En el total de las biopsias se encontró 17 casos de carcinoma (18.8o/o), la gran mayoría en la séptima década de la vida, y se establece con las reservas del caso, una clasificación por tipos histológicos. Sugerimos que se haga un esfuerzo para seguir la evolución futura de los distintos casos de hiperplasia y carcinoma a fin de determinar la severidad del proceso evolutivo según el tipo histológico del tumor y su asociación o no con hiperplasia epitelial y/o estromal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Brawn, Peter N. Interpretation of Prostate Biopsies. Raven Press, New York, 1983. —IX: —134
 - 2.- Deming C.L. (1939). The significance of leiomyomata of the prostate. TR. Am. Assoc. Genitourin Surg. —32: 363-273 (citado por Peter R. Brawn).
 - 3.- Mostofi F.K.; Price J.E.B. Tumor of the male genital system. Atlas of Tumor Pathology. Armed Forces Institute of Pathology Washington 1973.
 - 4.- Mostofi y Cols. (1980). "Tipos histológicos de tumores de próstata", en Clasificación histológica Internacional de Tumores No. 22. Organización Mundial de la Salud.
-