

UROLOGIA

# TACTO RECTAL Y ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO EN EL DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA

*Gonzalo Azúa Córdova\**

## SUMMARY

With the discovery of Prostatic Specific Antigen (PSA) prostate cancer diagnosis has taken, in the last 15 years, a new dimension. Nowadays, efforts are centered in detecting this illness in its early stages and thus offer the patient greater opportunities for survival and a better life quality. In this paper the results with digital rectal examination as the only source for the detection of prostate cancer are reviewed. The study encompasses a period of five years. Aspects such as admission diagnosis, age and the stage at the moment of diagnosis are analyzed, as well as the findings at the digital rectal examination. Then the results are reviewed after a one year period of the inclusion of the PSA as part of the diagnosis tools. The results are also compared to those of the previous period.

## INTRODUCCION

El cáncer de próstata es uno de los tumores de mayor prevalencia en hombres mayores de 50 años. Para 1991, constituyó la segunda causa de muerte por cáncer en la población masculina costarricense. Con una tasa de mortalidad para ese año de 9 por 100.000 hombres. (10). Esta patología rara vez ocurre antes de los 50 años, y tanto la incidencia como la mortalidad aumentan en forma logarítmica con la edad. Lamentablemente el cáncer prostático es una enfermedad larvada que se oculta tras el síndrome prostático. Cuando da síntomas, se trata por lo general, de una enfermedad avanzada. La exploración física permite la valoración de la glándula a través del tacto rectal (TR), el método más antiguo de detección de cáncer prostático. El descubrimiento del Antígeno Prostático Específico (APE), ofrece un marcador tumoral órgano específico y con una mayor sensibilidad que el tacto rectal. (11,12). El objetivo de este estudio es valorar la situación actual

---

\* Especialista en Urología

en el diagnóstico de cáncer de próstata en nuestro medio y analizar si la introducción del APE produjo algún cambio.

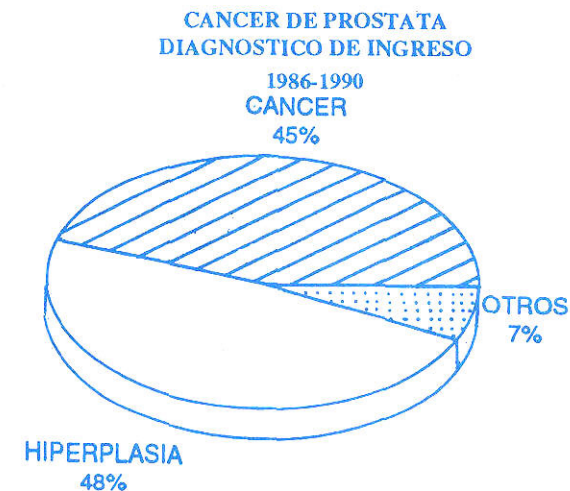
## MATERIALES Y METODOS

El presente estudio consta de dos partes, en la primera se revisó los archivos patológicos de pacientes portadores de cáncer de próstata documentado por biopsia (aguja, prostatectomía simple o radical), entre 1986 y 1990. Posteriormente se revisó el historial clínico de cada paciente haciendo énfasis en la edad al momento del diagnóstico, diagnóstico de ingreso, hallazgos al tacto rectal y estadio clínico. Para este último, se utilizó la clasificación de Whitmore Jewett que reconoce los estadios A y B como lesiones confinadas a la glándula (cáncer temprano) y C y D como enfermedad extracapsular (avanzado). El tacto rectal fue realizado por Urólogos, Residentes de Urología, Residentes de Cirugía y en dos casos sólo se anota el tacto rectal realizado por el médico interno. En la segunda parte del estudio se revisa los historiales clínicos de 118 pacientes a los cuales se les realizó determinación de Antígeno Prostático Específico en el hospital México entre octubre de 1992 y setiembre de 1993, y que tenían biopsias de próstata posterior a la toma del APE. La determinación de APE se hizo por inmunoensayo enzimático con micropartículas (MEIA), siendo el valor normal  $< 4$  ng/ml. Se evaluó los mismos aspectos que en la primera parte, y además se correlacionó el valor del APE con respecto a los hallazgos al tacto rectal y el diagnóstico de ingreso. Se determinó los falsos positivos y negativos.

## RESULTADOS

Entre 1986 y 1990 se registró en el Servicio de Urología del Hospital México 146 pacientes con biopsias positivas por carcinoma de próstata. De estos fue posible revisar el historial clínico en 58 casos. De los 58 casos estudiados el promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 74,2 años (rango de 51 a 90

años). El diagnóstico de ingreso fue cáncer en 26 pacientes (44, 8%), hiperplasia prostática en 28 pacientes (48,3%) y en los cuatro pacientes restantes los diagnósticos incluyeron prostatitis, hematuria, sepsis urinaria y epididimitis aguda.



FUENTE: HOSPITAL MEXICO

De los pacientes que ingresaron con diagnóstico de cáncer de próstata, sólo en un caso (3,8%) el tacto rectal fue negativo. De los que ingresaron con diagnóstico de hiperplasia en el 50% se reportó tacto rectal positivo (cuadro 1).

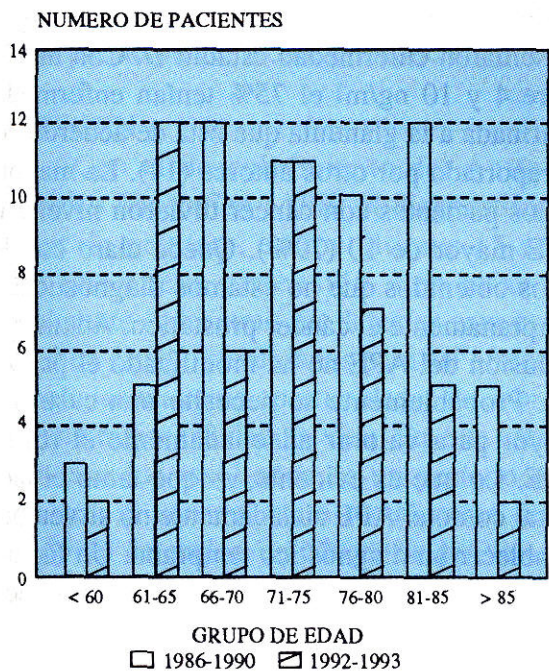
CUADRO 1 TACTO RECTAL DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO DE INGRESO		
DIAGNOSTICO DE INGRESO	TR POSITIVO	TR NEGATIVO
Cáncer	25 (96%)	1 (4%)
Hiperplasia	14 (50%)	14 (50%)

De los 58 casos, 43 (74%) presentaron enfermedad avanzada al momento del diagnóstico y sólo 15 (25%) enfermedad órgano confinada. De los pacientes que presentaron estadio temprano (A y B) 9 (60%) tuvieron un tacto rectal positivo y 6 (40%) con tacto negativo. En contraste, 34 pacientes con enfermedad avanzada (79%) tuvieron un tacto rectal positivo y sólo 9 (21%) con tacto rectal negativo (cuadro 2). Entre octubre de 1992 y setiembre de 1993,

CUADRO 2 TACTO RECTAL DE ACUERDO AL ESTADIO		
TEMPRANO	TR POSITIVO	TR NEGATIVO
Temprano A y B	9 (60%)	6 (40%)
Tardío C y D	34 (79%)	9 (21%)

se realizaron más de 300 estudios de APE en el laboratorio clínico del Hospital México. Se incluyeron en este estudio 109 pacientes a quienes se les practicó biopsia de próstata posterior a la toma de muestra para APE. El tiempo transcurrido entre ambos varió entre pocos minutos y 5 meses. De los 109 pacientes, 45 (41%) resultaron ser portadores de cáncer de próstata, con una edad promedio al momento del diagnóstico de 71 años (rango 42 a 88 años).

CANCER DE PROSTATA  
EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO



FUENTE: HOSPITAL MEXICO

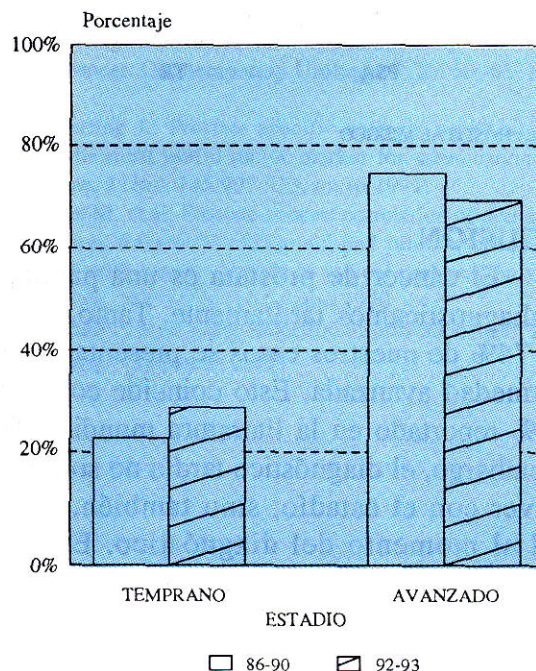
De éstos, el 73% (33 pac) tuvo niveles de APE elevados. Contrastando con el 80% (36 pac) que mostró un tacto sospechoso. De los 33 pacientes con APE elevados, 7 tenían niveles

entre 4 y 10 ng/ml y 26 (79%) con cifra mayor de 10 ng/ml. El 65% (26 pac) tuvo un tacto rectal sospechoso y un APE elevado. En 7 pacientes (17%) el tacto fue sospechoso y el APE estuvo dentro de límites normales. Un paciente (2,5%) tuvo tacto rectal negativo y APE < 4 ng/ml y 6 pacientes (15%) tuvieron un tacto negativo con APE elevado. En los 5 pacientes restantes no se consignó APE y/o tacto rectal (cuadro 3).

CUADRO 3 CORRELACION TACTO RECTAL / APE		
PSA	TR POSITIVO	TR NEGATIVO
< 4	7 (17.5%)	1 (2.5%)
≥ 4	26 (65%)	6 (15%)

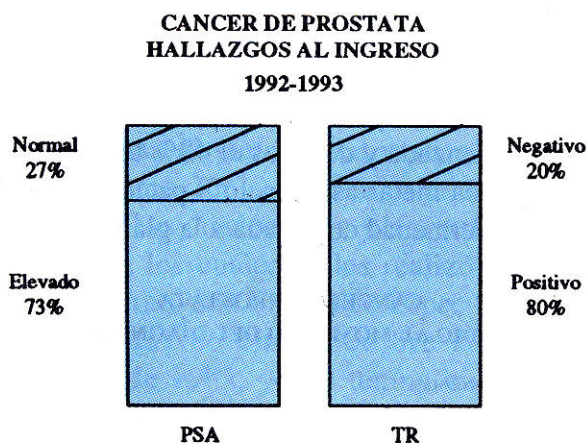
El estadio sólo se consignó en 27 pacientes, encontrándose que el 70% presentaba enfermedad avanzada y de estos el 48% tenían enfermedad ósea metastásica, solo 8 pacientes (30%) tenían enfermedad confinada a la glándula.

CANCER DE PROSTATA  
ESTADIO AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO



FUENTE: HOSPITAL MEXICO

Con niveles de APE entre 4 y 10 ng/ml y con biopsia positiva por cáncer se encontraron 4 pacientes; tres de ellos con enfermedad órgano confinada y el otro con estadio D0. Con APE mayor de 10 ng/ml aumenta considerablemente el estadio de la lesión, siendo que cuando las cifras fueron mayores de 50 ng/ml los 7 pacientes tenían estadio D. De los 109 pacientes estudiados 58 (53%) fueron portadores de hiperplasia prostática y de estos el APE estaba elevado en 28 correspondiendo a un 48% de falsos positivos. Trece pacientes con hiperplasia tuvieron niveles entre 4 y 10 ng/ml, 12 pacientes con niveles entre 10 y 50 ng/ml y 3 pacientes con cifra mayor de 50 ng/ml. De los pacientes con hiperplasia se reportaron tactos rectales sospechosos en 12 casos (20%).



FUENTE : HOSPITAL MEXICO

## DISCUSION

El cáncer de próstata es una patología que diagnosticamos tardíamente. Tanto, que el 70 a 74% de nuestros casos se presentan como enfermedad avanzada. Esto coincide con el 60 a 80% reportado en la literatura mundial (14). Sin embargo, el diagnóstico tardío no solo tiene que ver con el estadio, sino también, con la edad al momento del diagnóstico. Estamos reconociendo la enfermedad maligna de la próstata entre los 70 y 74 años de edad y la incorporación del Antígeno Prostático Específico al armamento diagnóstico, no modi-

ficó esta situación. En los pacientes con cáncer, el tacto rectal fue positivo en más del 80% y el APE se elevó en el 73% de los casos. Lo cual coincide con lo encontrado por otros investigadores (5). Se comprobó también que un paciente con tumor de próstata palpable tiene mayor probabilidad de tener enfermedad avanzada que si no fuera palpable (79% versus 60%). De igual forma, el 40% de los pacientes con tacto rectal negativo presentaron enfermedad órganoconfinada comparado con sólo el 21% cuando el tacto fue positivo. El 50% de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de hiperplasia tuvieron un tacto rectal sospechoso de enfermedad maligna al examen de ingreso, lo cual traduce que muchos pacientes ingresaron sin realizárseles tacto rectal en la consulta. El APE se elevó en el 48% de los pacientes con enfermedad benigna de la próstata, lo cual está por muy encima del 20% reportado en la literatura (11). Los niveles de APE se correlacionan con el estadio, aunque como sabemos no es esta su principal virtud. Todos los pacientes que tuvieron APE mayor de 50 ng/ml presentaron enfermedad estadio D. Con niveles entre 4 y 10 ng/ml el 75% tenían enfermedad confinada a la glándula que está de acuerdo con lo reportado por otros autores (14). La mayoría de los pacientes con cáncer tuvieron niveles de APE mayor de 10 (79%). Queda claro con los datos obtenidos que no estamos diagnosticando tempranamente el cáncer prostático. Además, la inclusión del APE no ha modificado el panorama. Probablemente se necesite una casuística mayor para valorar adecuadamente el rol del APE. Lo que es evidente, es que tanto el tacto rectal como el APE aisladamente no sirven para establecer un diagnóstico temprano. Un factor a considerar en este estudio, consiste en el hecho de que los pacientes llegaron a la consulta de urología en su mayoría por síntomas prostáticos. Esto incide en que la edad al momento de su primera consulta sea por lo general luego de los 60 años. Entonces, de la población en riesgo, estamos descuidando los pacientes asintomáticos y la mayoría de los hombres entre los

50 y 60 años. Por tanto, la captación de estos pacientes debe realizarse en la coconsulta general y no esperar a hacerlo en la consulta urológica, ya que será demasiado tarde (4).

## CONCLUSIONES

En nuestro medio, no hemos conseguido aumentar el número de casos diagnosticados tempranamente, mucho menos disminuir la mortalidad. La introducción del APE no mejoró los resultados. De acuerdo con los índices de salud de nuestro país, es de esperar que la población de riesgo para cáncer de próstata aumente considerablemente en las próximas décadas. Nosotros no estamos preparados para enfrentar el reto de darles una adecuada cobertura. Si queremos diagnosticar casos en estadio temprano debemos seguir un protocolo en el estudio y seguimiento de los hombres mayores de 50 años, que incluya tacto rectal y APE anualmente. Lamentablemente, en el Hospital México no se cuenta aún con ultrasonido transrectal. Con esta limitación no se pueden hacer biopsias dirigidas por ultrasonido y se dificulta la interpretación del índice Prostático (1).

## RESUMEN

Con el descubrimiento del Antígeno Prostático Específico (APE) el diagnóstico del cáncer de próstata, en los últimos 15 años, tomó una nueva dimensión. Los esfuerzos actualmente se centran en detectar esta enfermedad en estadios tempranos para así ofrecer al paciente las mayores oportunidades de supervivencia y una mejor calidad de vida. En este estudio se revisan los resultados de un período de 5 años, con el uso del tacto rectal como único método de detección de cáncer de próstata. Se

analizan aspectos como el diagnóstico de ingreso, edad y estadio al momento del diagnóstico así como hallazgos al tacto rectal. Posteriormente se revisa los resultados luego de un año de inclusión del APE al armamento diagnóstico y se comparan con el período anterior.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Bemson M, et al: Prostate specific antigen density: A means of distinguishing benign prostatic hypertrophy and prostate cancer. *J Urol.* 147: 815-816, Marzo 1992.
- 2) Catalona W.: Prostate Cancer. *Current Problems in Surgery*, 27 (7), Julio 1990.
- 3) Catalona W.: PSA screening for prostate cancer. Program of the course in urologic cancer. Congreso AUA. 1992
- 4) Cooner W.: How I follow men who want routine prostate check-ups. *Contemporary Urology.* 5 (4): 89-93. Abril 1993.
- 5) Cooner W, et al: Prostate cancer detection in a clinical urological practice by ultrasonography, digital rectal examination and prostate and prostate specific antigen. *J Uro.* 143:1146-1154, junio 1990.
- 6) Gerber G, and Chodak G.: Screening and the early detection of prostate cancer. *Advances in Oncology.* 9 (4), Stiembre 1993.
- 7) Gluck R, et al: Transrectal ultrasound in early detection of clinical stage a prostate cancer. *Urology.* 34 (1), Julio 1989.
- 8) Guinan P, et al: The accuracy of the digital rectal examination in the diagnosis of prostatic carcinoma. *N Engl J Med.* 303:499-503.1980.
- 9) Lee F, et al: Prostate cancer: Comparison of transrectal US y digital rectal examination for screening. *Radiology.* 168:389-394, 1988.
- 10) Ministerio de Salud: Registro Nacional de Tumores. 1991.
- 11) Oesterling J.: Psa leads the way for detecting and following prostate cancer. *Contemporary Urology.* 5 (2): 60 -81, Febrero 1993.
- 12) Oesterling J.: Prostate specific antigen: a critical assessment of the most useful tumor marker for adenocarcinoma of the prostate. *J Urol.* 145:907-923, mayo 1991.
- 13) Palken M, et al: Prostate cancer: correlation of digital rectal examination, transrectal ultrasound and prostate specific antigen levels with tumor volumes in radical prostatectomy specimens. *J Urol.* 143: 1155-1162, Junio 1990.
- 14) Scardino P, et al: Early detection of prostate cancer. *Human Pathology.* 23 (3), Marzo 1992.