

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Cáncer prostático

* P. Martínez S.

RESUMEN

Se analizan: incidencia y característica de diseminación del adenocarcinoma prostático. Se discuten las formas de presentación clínicas: hallazgo de examen, uropatía obstructiva, manifestaciones metastásicas y hallazgo histológico. Se señalan los dos principales objetivos a cumplir. Diagnóstico histológico y etapificación de la enfermedad. Se discute la utilidad y aportes de Fosfatasas ácidas, Cintigrafía y Radiología ósea y Tomografía axial computada. Se destaca el valor de la linfadenectomía y el aporte de la Cirugía radical de la próstata y su mejor resultado valorado por los fracasos del tratamiento, frente a la Radioterapia. Sólo un 15 a 20% de los pacientes podrán tener acceso a este tratamiento, limitados por lo avanzado de las etapas al momento de consultar o la baja expectativa de vida. La manipulación hormonal permite ofrecer una terapia útil a muchos pacientes.

INTRODUCCION

El cáncer prostático se ubica en cuarto lugar en las enfermedades neoplásicas del hombre.

Existe un crecimiento en su incidencia que se explica parcialmente por el aumento en la expectativa de vida de la población. Histológicamente es el Adenocarcinoma el predominante, 97% de los casos. Existen también el tumor de Células de Transición y como rarezas los Sarcomas. Los tumores prostáticos se diseminan por: a) extensión local, b) penetración y dispersión linfática c) siembra hematógena.

La cápsula prostática actúa como una barrera real y su penetración por el tumor ensombrece el pronóstico.

El compromiso de las vesículas seminales probablemente revela igual compromiso de los ganglios linfáticos. El esqueleto se compromete en el siguiente orden: huesos pélvicos, columna lumbar, fémur, columna dorsal y costillas. La presencia de una metástasis única debe hacer sospechar otro origen neoplásico concomitante, distinto del cáncer prostático.

* *Departamento de Nefrourología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

CLINICA

Las formas de presentación del cáncer prostático esencialmente son cuatro:

a) Hallazgo de examen físico mediante tacto rectal. Debe recalcar que en la medida que este examen se efectúe en todo varón sobre los 55 años se podrá diagnosticar la enfermedad precozmente. Lo característico del examen rectal es la consistencia dura a veces nodular y en otras mal delimitada. La comparación con la porción no comprometida de la glándula facilita la apreciación.

b) Sintomatología de uropatía obstructiva baja. Esta no se diferencia mayormente de las otras etiologías. Nuevamente el tacto rectal permite plantear el diagnóstico.

Estas dos manifestaciones se dieron en el 88% de una serie de nuestro hospital.

c) Manifestaciones metastásicas de la enfermedad. Fundamentalmente dolor óseo, pero también el hallazgo radiológico de lesiones múltiples en los huesos ya señalados, puede ser la primera señal.

d) Hallazgos histológicos en el material prostático de una resección endoscópica o de cirugía abierta. Así el compromiso tumoral, menor de un 5% del total es

conocido como Carcinoma incidental. También formas blandas, medulares de cáncer, pueden pasar desapercibidas al examen físico y sólo hacerse evidentes en el estudio histológico. El carcinoma incidental no requiere de tratamiento especial, sólo la vigilancia que puede incluir una nueva resección prostática en el curso de los 3 a 4 meses siguientes.

ESTUDIO CLINICO

Ante la sospecha de cáncer prostático la conducta médica va dirigida a dos objetivos.

a) Diagnóstico histológico. Para ello se usa la biopsia por punción, tanto la vía perineal como la transrectal son útiles. El urólogo deberá obtener muestras de la zona más sospechosa, pero también de zonas aparentemente normales del lóbulo ipsilateral y contralateral. Con ello se ayuda mucho a conocer la extensión del tumor en la próstata.

b) Etapificación de la Enfermedad. Para las etapas A, B y C es fundamental la información dada por el examen físico y las muestras biópsicas. En la etapa C la tomografía axial computada puede informar sobre compromiso de las vesículas seminales. La Ecografía convencional con transductor vía abdominal informa del tamaño de la próstata pero sólo de la infiltración tumoral grosera. Aún no son claras las ventajas y confiabilidad de la Ecografía con transductor vía rectal.

La determinación de fosfatasas ácidas elevadas indica la existencia de enfermedad fuera de la próstata, aunque no se evidencien metástasis con otros métodos.

La radiología convencional ósea de pelvis, columna lumbar, costillas y columna dorsal demuestran las metástasis óseas. Sin embargo, la cintigrafía ósea con Tecnecio 99, evidencia metástasis esqueléticas en un 25% de los pacientes que la radiografía consideró normales. Es por ello un método más fino que se ha tomado indispensable.

A pesar de todo la etapificación clínica y de laboratorio tienden a subvaluar la extensión de la enfermedad. Es así que para algunos autores la linfadenectomía ilíaca, hipogástrica y obturatriz permite afirmar o descartar la etapa D. El inconveniente es agregar otra operación en el proceso diagnóstico - etapificación de la enfermedad. La Tomografía axial computada no permite identificar sino grandes masas ganglionares y no descarta el com-

promiso microscópico o de ganglios de tamaño normal. Del mismo modo la linfografía bipedal no agrega algún elemento nuevo en la etapificación.

La histología, usando el criterio de Gleason como índice predictor de enfermedad metastásica, ayuda en el sentido que los valores 2-3-4 corresponden a linfadenectomía negativa.

Los valores 5-6-7 tienen entre 30 y 70% de metástasis linfáticas y los valores 8-9-10 las tienen en el 90%.

TRATAMIENTO DEL CANCER LIMITADO A LA PROSTATA

Existen diferentes tratamientos propuestos:

a) Prostatectomía radical. b) Irradiación intersticial con I^{125} y linfadenectomía pelviana. c) Irradiación intersticial con Oro radiactivo, linfadenectomía pelviana y radiación externa. d) Radioterapia externa de la próstata y territorios, con o sin linfadenectomía. f) Deprivación de andrógenos.

Como factor fundamental en esta elección deben tomarse en cuenta:

- 1) Expectativa de vida del paciente valorada por la edad, estado general y patologías asociadas.
- 2) Etapificación clínica y confirmación de exámenes: fosfatasas ácidas radiología y cintigrafía.
- 3) Experiencia con los métodos terapéuticos, (Cirugía radical y radioterapia) y acceso a ellos.
- 4) Agresividad del cáncer indicada por valor Gleason.

Utilizando estos parámetros para los pacientes en estadios A, B y C con buena expectativa de vida (10 o más años), hemos utilizado la prostatectomía radical y linfadenectomía pelviana simultáneas. La prostatectomía radical por vía abdominal permitiría la conservación de la erección en un bajo porcentaje de casos.

Estadios A y B, mediante la conservación de los nervios erectores. Esta conducta debe ser mirada con cautela ya que atenta contra la radicalidad de la cirugía. En nuestra serie se confirma que el 66% de los pacientes se encontraba en un estadio anatomopatológico más avanzado que el preoperatorio establecido por la clínica y exámenes.

Hemos preferido ofrecer la alternativa de una prótesis peneana endocavernosa para aquellos pacientes que lo solicitaban. Una técnica depurada ha permitido la continencia exfinteriana en el 100% de los casos al cabo

de 3 meses, con leve incontinencia de esfuerzos en algunos casos.

Nos parece una buena elección terapéutica para las etapas A-B-C, con alta expectativa de vida. También ha sido postulada para las etapas D₁.

La prostatectomía radical cumple con el principio fundamental de eliminar el foco canceroso, cuando la enfermedad está limitada al órgano, etapas A y B. Cumple también con eliminar factores obstructivos y hemorrágicos que son responsables de grandes molestias iterativas para el paciente en la evolución natural de la enfermedad, por ello se incorporan los estadios C a esta terapéutica.

La radioterapia intersticial y externa no se ha desarrollado entre nosotros. No está exenta de riesgo de radiación para el paciente y cirujano, la Proctitis, Cistitis y Uretritis derivada de la radioterapia intersticial y externa ocurren en un 17% en los mejores centros. Paulson comparó los resultados entre cirugía radical y radioterapia en dos grupos de pacientes simultáneos, obteniendo fracaso del tratamiento a los 5 años en 40% de los casos al usar Radioterapia y en el 5% al usar Cirugía Radical.

Si se analizan los efectos de la radioterapia en cáncer prostático mediante biopsia prostática post radioterapia, se encuentra que ésta es positiva para cáncer en el 61% de los pacientes tratados con Radioterapia de fuente externa, y entre el 33 y 38% cuando se usó radioterapia intersticial.

Freiha y Bagshaw radioterapeutas, demostraron que en pacientes tratados con radioterapia la presencia de biopsia prostática positiva para cáncer, significó el desarrollo de enfermedad metastásica en el 72% de los pacientes entre los 2 y 9 años de evolución.

En las mejores condiciones de diagnóstico precoz y correcta etapificación no más de un 15 a 20% de los pacientes pueden ser objeto de cirugía radical. El tratamiento mediante manipulación tumoral: castración, bloqueadores de andrógenos suprarrenales y antiandrógenos se utilizará en la mayoría de los pacientes.

SUPRESION DE ANDROGENOS

Ha constituido el tratamiento fundamental del cáncer prostático. Se basa en la hipótesis que el cáncer prostático es andrógeno dependiente. Los estudios de receptores andrógenos a nivel tumoral no han demostrado aún

utilidad a nivel clínico. La castración permite disminuir en un 90% los niveles de testosterona. El uso de bloqueadores de la producción de andrógenos testiculares suprarrenales, como el Ketoconazol permite obtener niveles de castración, pero también produce una insuficiencia suprarrenal. El costo del tratamiento hace más atractivo el uso de la castración.

La manipulación hormonal con dietilestilbestrol y otros estrógenos para bloquear el eje hipotalámico esteroide ha perdido terreno por el riesgo de las enfermedades cardiovasculares. La sumación de castración estrogénica no mejora los resultados.

Los antiandrógenos (Flutánida y Cyproterona) bloquean los receptores androgénicos celulares y hay experiencias alentadoras, pero no reproducidas en el sentido que constituyen una ayuda en el tratamiento del cáncer prostático.

La Quimioterapia no ha significado una terapia eficiente para los pacientes con enfermedad metastásica ya sometidos a derivación hormonal.

BIBLIOGRAFIA

1. Paulson, D.F.: "Management of Prostatic Malignancy". Genitourinary Cancer Management de Kernion. *Paulson Lea & Febiger*. Philadelphia, 1987.
2. Hirst, A.; Bermang, R.T.: "Carcinoma of the prostate in men 80 or more years old". *Cancer*: 7; 136, 1954.
3. Martínez, P.; Valenzuela, A.; Rosemberg, H. et als.: "Cáncer de la Próstata". *Rev. Panamericana Urol.* 5: 109, 1977.
4. Scardino, P.T.; Wheeler, T.M.: "Prostatic biopsy after irradiation therapy for prostatic cancer". *Urology*. 25, 39, 1985.
5. Paulson, D.F. et als.: "The impact of current staging procedures in assessing disease extent of prostatic adenocarcinoma". *J. Urol.* 121: 300, 1979.
6. Kramer, J.: "Experience with Gleason histopathologic grading in prostatic cancer". *J. Urol.* 121: 300, 1980.
7. Zincke, H.; Utz, D.: "Radical surgery for stage D. Prostate cancer". *Seminars in Urology* 1: 253, 1983.
8. Paulson, D.F.: "Radical surgery v.s. radiotherapy for adenocarcinoma of the prostate". *J. Urol.*, 128: 502, 1982.
9. Freiha, F. S.; Bagshaw, M.A.: "Carcinoma of the prostate. Results of post irradiation biopsy". *J. Urol.* 5: 19, 1984.
10. Castillo, O.; Martínez, S.P.: "Ketoconazol en el tratamiento del cáncer prostático avanzado". *Rev. Ch. Urol.* 48: 33, 1985.