

TRABAJOS ORIGINALES

Caracterización de parámetros clínicos y anatomopatológicos de pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado en Hospital Barros Luco Trudeau

Characterization of clinical and pathological parameters of patients with locally advanced prostate cancer in Hospital Barros Luco Trudeau

Marcos Enríquez D.¹, Enrique Elías E.¹, Aldo Nova O.¹, Cristian Garrido S.², Felipe Caiceo D.¹, Marco Arias V.¹, Luis Alarcón N.¹, Juan Arana M.¹, Juan Villavicencio B.³

1. Servicio de Urología, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile 2. Servicio de Urología, Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile 3. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: La estadificación clínica del Cáncer de Próstata es una evaluación de la extensión de la enfermedad mediante el uso de parámetros previos al tratamiento como tacto rectal, PSA, biopsia transrectal e imágenes radiológicas. El estadio anatomopatológico postquirúrgico comprende el análisis histopatológico de la pieza operatoria, lo que constituye una estimación más precisa de la extensión de la enfermedad y representa el método más fiable para predecir el resultado del tratamiento. **Materiales y Métodos:** De 386 pacientes sometidos a Prostatectomía entre los años 2002 y 2012 se realiza estudio retrospectivo de 48 pacientes, que presentaron compromiso extraprostático. Análisis estadístico de las variables estudiadas mediante prueba de Chi cuadrado. **Resultados:** De 386 pacientes sometidos a Prostatectomía, el 12,4% presentó compromiso extraprostático. La edad promedio fue de 64,1 años; el PSA promedio 12,2 ng/ml. El 37,77% presentaba un tacto rectal sospechoso. El tamaño prostático promedio estimado por ecografía fue 38,2 cc. La biopsia definitiva reveló un volumen glandular promedio de 64 cc. y volumen tumoral promedio de 6,9 cc. El 72,92% fue clasificado con un score de Gleason ≤ 7 . El 82% presentaba compromiso glandular bilateral. El 65,12% presentó compromiso capsular; 73,9% compromiso de bordes quirúrgicos; 23,4% compromiso unilateral y 19,1% bilateral de vesículas seminales. **Conclusiones:** No fue posible establecer evidencia que permita afirmar la existencia de algún factor predictor para el compromiso capsular, de bordes quirúrgicos, de vesículas seminales, de conductos deferentes, ni permeación linfática. Se logró establecer una relación estadísticamente significativa entre niveles de PSA y probabilidad de compromiso vascular.

Palabras Claves: Cáncer de próstata, Biopsia prostática, Cáncer de próstata localmente extendido.

ABSTRACT

Introduction: Clinical staging of prostate cancer is an assessment of the extent of disease by using pretreatment parameters as DRE, PSA, transrectal biopsy and scans. The postoperative pathologic stage comprises histopathological analysis of surgical piece, which is a more accurate estimate of the extent of disease and represents the most reliable method to predict the outcome of treatment. **Materials and Methods.** Retrospective study of 48 patients with prostate cancer who underwent radical prostatectomy between 2002 and 2012, which showed extraprostatic commitment. Statistical analysis of the variables using chi-square test. **Results.** Of 386 patients undergoing prostatectomy, 12.4% had extraprostatic commitment. The average age was 64.1 years and the mean PSA 12.2 ng / ml. The 37.77% had a suspicious DRE. The average prostate size estimated by ultrasound was 38.2 cc. The final biopsy revealed an average volume of 64 cc glandular. and average tumor volume of 6.9 cc. The 72.92% was classified with a Gleason score ≤ 7 . 82% had bilateral glandular involvement. The capsular involvement showed 65.12%, 73.9% commitment surgical margins, 23.4% and 19.1% unilateral commitment bilateral seminal vesicles. **Conclusions.** It was not possible to establish evidence to affirm the existence of a predictor factor for capsular involvement of surgical margins, seminal vesicle, vas deferens, or lymphatic permeation. They managed to establish a statistically significant relationship between PSA levels and probability of vascular compromise.

Key Words: Prostate cancer, prostate biopsy, prostate cancer spread locally.

■ INTRODUCCIÓN

Desde que a inicios de los años 90 se incorporó a la práctica urológica la determinación del antígeno prostático específico (PSA), la incidencia de Cáncer de Próstata (CP) ha aumentado debido al diagnóstico de la enfermedad en estadios cada vez más tempranos, cuando aún es asintomática. Esta situación ha provocado que cada vez nos encontremos con más pacientes susceptibles de tratamientos locales con intención curativa, siendo la Prostatectomía Radical (PR) y la radioterapia los más aceptados.

La correcta elección de un tratamiento busca alcanzar un equilibrio entre la eficacia, las potenciales complicaciones del tratamiento y la calidad de vida del paciente una vez tratado. Históricamente, los conocimientos y la experiencia del médico asociado a consideraciones sociales y personales del paciente determinaban la elección de un tratamiento u otro. Alcanzar un nivel de certeza adecuado al momento de elegir el tratamiento requería de un largo aprendizaje, era difícilmente estandarizable y al ser personal siempre estaba sometido a sesgos¹. La medicina moderna, tiende a la optimización y estandarización de los procesos diagnósticos

y terapéuticos basándose en la evidencia científica, eliminando los sesgos personales. En esa línea se enmarcan los sistemas de estadiaje, modelos pronósticos, nomogramas, tablas predictivas y demás elementos que tienen como fin último la predicción lo más exacta posible del estadio de la enfermedad o el pronóstico del enfermo, con el objeto de evitar las posibles complicaciones de la intervención a pacientes que, por su estadio local, probablemente no se beneficiarían de ella.

El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la existencia de variables clínicas y anatomopatológicas que pudieran constituir un factor pronóstico para la extensión local de pacientes portadores de CP.

■ MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de los informes histopatológicos de las piezas operatorias de 386 pacientes sometidos a PR por diagnóstico de CP, en el Hospital Barros Luco Trudeau entre los años 2002 y 2012.

Se identificaron 48 pacientes que presentaron compromiso neoplásico extracapsular definido por la presencia de bordes quirúrgicos comprometidos, compromiso tumoral infiltrativo de la cápsula prostática, compromiso de conductos deferentes o vesículas seminales, permeación linfática, vascular o neural y compromiso vesical. Las variables independientes analizadas fueron edad, tacto rectal, PSA preoperatorio y volumen prostático estimado por ecografía transrectal. La variable dependiente fue la presencia de compromiso neoplásico extracapsular.

Para el estudio se consideró el tacto rectal consignado en el

Ingreso de Hospitalización en la historia clínica del paciente. El PSA se determinó mediante técnica de inmunoquimio-luminiscencia con un rango de normalidad entre 0–4 ng/ml. Se consideró el volumen prostático consignado en el protocolo de biopsia prostática transrectal ecodirigida. Para la determinar el grado histológico de la biopsia prostática se siguieron las directrices de la clasificación de Gleason². Se realizó el análisis estadístico de las variables estudiadas mediante prueba de Chi cuadrado.

■ RESULTADOS

De los 386 pacientes sometidos a PR durante el periodo estudiado, el 12,4% presentó compromiso extraprostatico. La edad promedio de este grupo fue de 64,1 años. El PSA promedio fue de 12,2 ng/ml (Tabla 1). El 37,77% presentaba

VARIABLE	MIN.	MAX.	P50	PROMEDIO
EDAD	53	74	65	64,12
PSA	2,9	60	9,4	12,22
TACTO RECTAL	1	4	2	1,86
VOLUMEN PROSTATICO	17	90	38,5	38,23

Tabla 1. Variables independientes.

un tacto rectal sospechoso definido como la presencia de nódulos palpables, superficie irregular, áreas aumentadas de consistencia o límites imprecisos. El 81,58% presentaba una próstata grado 1 ó 2 al tacto, mientras que sólo el 18,42% presentaba una próstata grado 3 ó 4 (Tabla 2).

TACTO RECTAL (GRADOS)	CANCER DE PROSTATAS LOCALMENTE EXTENDIDO (%)
1	34,21
2	47,37
3	15,79
4	2,63
TOTAL	100

Tabla 2. Cáncer de Próstata localmente avanzado según tacto rectal.

El tamaño prostático promedio estimado por ecografía transrectal al momento de realizar la biopsia prostática, fue de 38,2 cc. (Tabla 1). De acuerdo al resultado de la biopsia definitiva, el volumen glandular promedio fue de 64 cc. y el volumen tumoral promedio fue de 6,9 cc. El 47,92% fue clasificado como grado 7 de Gleason. Sólo en el 25% de los casos el grado de Gleason resultó < a 7 (Tabla 3). El 82% presentaba compromiso glandular bilateral (Tabla 4). El 65,12% presentó compromiso de capsula; 73,9% compromiso de los bordes quirúrgicos; 23,4% compromiso unilateral de vesícula seminal y 19,1% bilateral.

Tras realizar la regresión logística el único factor pronóstico encontrado para permeación vascular fue el valor de PSA (Gráfico 1). El grado de Gleason fue un factor pronóstico

SCORE DE GLEASON	CANCER DE PROSTATA LOCALMENTE EXTENDIDO (%)
6	25
7	47,92
8	18,75
9	8,33
TOTAL	100

Tabla 3. Cáncer de Próstata localmente avanzado según Score de Gleason preoperatorio.

COMPROMISO LOBULO DERECHO (%)	COMPROMISO LOBULO IZQUIERDO (%)		TOTAL (%)
	SI	NO	
SI	82	7,7	89,7
NO	10,3	0	10,3
TOTAL (%)	92,3	7,7	100

Tabla 4. Cáncer de Próstata localmente avanzado de acuerdo a lateralidad del compromiso.

encontrado para compromiso de vesículas seminales, sin embargo, tal relación no fue estadísticamente significativa, presentando un $p=0,059$ con un intervalo de confianza entre 0,97 y 4,12.

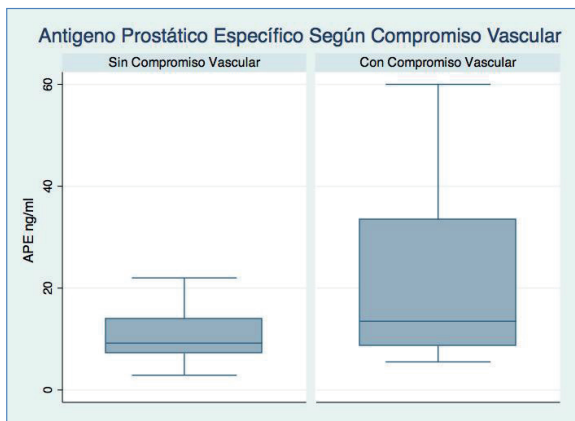


Gráfico 1. Niveles de PSA en relación a la presencia de compromiso vascular.

CONCLUSIONES

La Prostatectomía Radical (PR) sigue siendo el tratamiento de elección del Cáncer de Próstata localizado. La PR ha demostrado tener mayor eficacia en aquellos cánceres que se encuentran confinados a la Próstata³. La PR en general se reserva para enfermos con expectativas de vida mayor a 10 años, sin patologías concomitantes graves y con enfermedad de riesgo medio y alto de progresión. Estadio T1b-T1c-T2a-T2b son la indicación más frecuente y en la que se obtienen las mayores tasas de curación⁴.

El estadio patológico del CP sólo puede ser conocido tras la realización de una PR, pero se puede hacer una buena aproximación mediante el análisis de los factores pronósticos de CP. Denominamos factores pronósticos o de riesgo de progresión a ciertas características de las enfermedades que se relacionan con una mayor probabilidad de que, a largo plazo, se produzca un avance en su línea evolutiva. Para el

CP son factores de riesgo individuales el estadio clínico, el grado de Gleason de la biopsia prostática y los niveles de PSA pre tratamiento⁵.

La literatura describe que hombres con valores de PSA preoperatorios de 10ng/ml o más, estadio clínico T2a o T2b, score de gleason de 7 o más y/o múltiples biopsias positivas de las muestras tienen mayor probabilidad de presentar márgenes quirúrgicos positivos⁶.

No fue posible establecer evidencia que permita afirmar la existencia de algún factor predictor para el compromiso capsular, de bordes quirúrgicos, de vesículas seminales, de conductos deferentes, ni para permeación linfática. Se logró establecer una relación estadísticamente significativa entre niveles de PSA y probabilidad de compromiso vascular, donde por cada 0,12 ng/ml que aumente el PSA, existe 0.12 veces más probabilidad de presentar compromiso vascular. Se observó una relación directa entre Score de Gleason y probabilidad de compromiso de vesículas seminales, sin lograr establecerse significancia estadística.

No hay consenso en el manejo de los márgenes positivos. Las opciones de tratamiento incluyen radioterapia adyuvante, terapia antiandrogénica adyuvante y hormonoterapia. Estudios prospectivos de seguimiento de estos pacientes son necesarios para determinar recomendaciones definitivas⁶.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Segarra Tomás J, et al./Actas Urol Esp 2006; 30 (6): 567-573.
- 2 Gleason DF. Histologic grading and clinical staging of prostate carcinoma., in Urologic Pathology: the prostate, M. Tannenbaum, Editor. 1977, Lea and Febiger: Philadelphia. pp 171-197.
- 3 Epstein JI, Pizov G, Walsh PC. Correlation of pathologic findings with progression after radical retropubic prostatectomy. Cancer. 1993;71(11):3582-3593.
- 4 Guía clínica: Cáncer de próstata en mayores de 15 años. Junio 2012. <http://www.minsal.cl>
- 5 Hull GW, Rabbani F, Abbas F, Wheeler TM, Kattan MW, Scardino PT. Cancer control with radical prostatectomy alone in 1,000 consecutive patients. J Urol. 2002;167(2 Pt 1): 528-534.
- 6 Weider, J.; Soloway, M.: Incidence, etiology, location, prevention and treatment of positive surgical margins after radical prostatectomy for prostate cancer. J Urol 160: 299-315 1998.