

Evaluación de nódulo prostático aislado, asociado a hiperplasia prostática benigna

Drs. Oscar Chacón*, Luis H Rodríguez Díaz**, Blas Bruni Celli**, Francisco Bruni L, María E de Tortoledo, Mario Pantaleo-Gandais

Policlínica Santiago de León, Caracas, Venezuela.

RESUMEN

En 100 pacientes con hiperplasia prostática benigna preparados y anestesiados, previo a la prostatectomía transuretral, se realizó un examen rectal digital y biopsia guiada digitalmente hacia el nódulo prostático solitario palpable. Esto facilita el examen del paciente, la biopsia prostática con aguja, identifica áreas sospechosas de malignidad que se remueven endoscópicamente, y ofrece seguridad y confianza a los resultados histológicos y en la selección de la terapia.

Palabras clave: Nódulo prostático. Hiperplasia prostática benigna.

SUMMARY

In 100 patients with benign prostatic hyperplasia prepared and anesthetized, prior to transurethral prostatectomy, an appropriate digital rectal examination and a systematic digitally guided biopsy for a nodule prostatic solitary palpable were performed. With this proceeding it is possible to make easy the examination of the patient, the needle prostatic biopsy identify suspicious areas of malignancy removed endoscopically, and offers security and confidence in the histologic results and in the selection of therapy.

Key words: Prostatic nodule. Benign prostatic hyperplasia.

* Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.

** Individuos de Número de la Academia Nacional de Medicina.

Presentado en la Academia Nacional de Medicina el 28 de marzo de 1996.

INTRODUCCIÓN

Existe un creciente interés en la detección precoz del cáncer prostático, a fin de disminuir su mortalidad y permitir un adecuado control y tratamiento en etapas tempranas favorables. El examen digital rectal, la ecografía prostática transrectal y el antígeno prostático específico, son especialmente recomendados por la "American Cancer Society", como un medio estratégico de salud pública en el diagnóstico precoz de esta enfermedad, para proceder, si es necesario, a la biopsia de la glándula prostática (1).

Es posible, que en ciertas ocasiones, muchos cánceres de la próstata no se percaten a tiempo, en ausencia de los medios existentes de diagnóstico para el descarte de malignidad o cuando sus resultados no son concluyentes, o por impedimento físico, rechazo o escasa colaboración del paciente, aun para practicarse el tacto rectal, imposibilitándose la palpación completa y satisfactoria de la glándula. Creemos difícil y de gran responsabilidad, aplicar tratamiento por un nódulo prostático aislado sin tener evidencias claras y precisas de su malignidad.

Por estas razones, en aquellos pacientes con obstrucción prostática clínicamente benigna, con un nódulo prostático asociado y con resultados no concluyentes del ultrasonido transrectal, del antígeno prostático específico y de la misma biopsia por punción, se adoptó como conducta, efectuar la biopsia sistemática de la zona sospechosa, inmediatamente antes de la prostatectomía desobstructiva, para analizar y comparar ambos resultados histológicos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Progresivamente fueron seleccionados, un grupo de 100 pacientes de la consulta urológica, con obstrucción prostática clínicamente benigna, preparados y anestesiados para prostatectomía endoscópica, a quienes inmediatamente, antes de su intervención quirúrgica, se les practicó una adecuada palpación rectal de la próstata, seguida de una serie sistemática de punciones-biopsias, guiadas digitalmente por esa misma vía, ante el hallazgo de alguna zona indurada o nódulo prostático solitario. Las diferentes punciones se efectuaron en el área sospechosa, las vecindades y en el lóbulo prostático, con una aguja descartable "Tru-Cut" de Travenol. En los casos de rectorragia importante debido a las punciones, la aplicación de una breve compresión manual perineo-rectal o el taponamiento intrarectal con material coagulante, fue suficiente en todos los casos para su control inmediato. Las muestras del tejido obtenidas, se enviaban por separado de los fragmentos prostáticos obstructivos resecados quirúrgicamente y de los de aquellas áreas de dudoso aspecto endoscópico, especialmente del lóbulo afectado.

Estos enfermos fueron preparados en forma rutinaria con enemas intestinales, recibiendo además antibioticoterapia perioperatoria, comúnmente cefalosporinas 1g intramuscular cada 12 horas, desde 12 horas antes de la operación, hasta su egreso el tercer día. Posteriormente se continuaba con un antimicrobiano oral (trimetropin-sulfametoxazol o norfloxacin) de 3 a 5 semanas y de acuerdo con los resultados del urocultivo.

El peso del tejido prostático en cada prostatectomía endoscópica efectuada, varió entre 6 y 69 gramos, con un promedio de 16,5 gramos. Por medio de las punciones-biopsias, comúnmente se obtuvieron de 3 a 5 cilindros de tejido de 1 a 2 cm de longitud. En las punciones realizadas, no hubo ningún fracaso en la obtención de tejido prostático.

Después de pesar y examinar el tejido macroscópicamente, el patólogo efectuó una selección cuidadosa de las muestras de tejido más representativas, y de las tomadas al azar, para procesarlas por el método clásico de inclusión en parafina y coloración de los cortes con hematoxilina-eosina para su estudio microscópico. Se incluían todos los fragmentos, cuando había una fuerte sospecha de malignidad o la biopsia por punción resultara positiva para carcinoma, si era negativo el

primer estudio de los fragmentos resecados, por la prostatectomía transuretral.

La edad del grupo de los pacientes estudiados, estuvo comprendida entre 56 y 81 años, con 52 enfermos (52%) de 60 a 69 años, 26 pacientes (26%) de 70 a 79 años y 20 (20%) de 56 a 59 años. Preoperatoriamente se encontró hematuria en 8 pacientes (8%), así como infección urinaria en 42 (42%), estos fueron tratados antes de la intervención quirúrgica.

Todos los pacientes de este estudio, fueron controlados en nuestra consulta urológica por períodos variables entre 2 y 106 meses, con un promedio de 74 en el grupo que resultó con hiperplasia prostática benigna y de 43 para el de adenocarcinoma. Este seguimiento lo efectuamos personalmente en forma anual o bien por períodos más breves, cuando se creyó necesario, el cual consistió, en todos los casos, en evaluación clínica, se incluyó el tacto rectal, examen de orina, urocultivo y antígeno prostático específico, añadiendo otras exploraciones especiales a manera de control evolutivo de los enfermos con carcinoma y de la correspondiente terapia oncológica aplicada.

RESULTADOS

En el Cuadro 1 se observan los resultados histológicos del grupo de 100 pacientes: 74 (74%) correspondieron a hiperplasia prostática benigna y 26 (26%) eran adenocarcinomas, encontrándose una correlación positiva de similitud diagnóstica en 94 pacientes (94%), entre la biopsia-punción y la biopsia-prostatectomía. De los 6 casos restantes, en 4 de ellos, se hizo el diagnóstico de carcinoma únicamente por la punción; en los otros 2 se halló hiperplasia prostática benigna, pero con resultados dudosos o no concluyentes de malignidad por la presencia de atipias celulares. Una segunda biopsia un mes después, demostró un adenocarcinoma en uno de ellos, pero el otro enfermo no aceptó que le fuera repetida.

Los 26 pacientes con adenocarcinoma prostático, presentaron más de un patrón histológico, esto hizo difícil asignarles el de mayor predominio. Un grupo de 5 adenocarcinomas bien diferenciados, presentó un patrón combinado de Gleason 3 (2+1), Mostofi grado 1 y M.D. Anderson Hospital grado 2. Otro grupo de 3 carcinomas medianamente diferenciados, tenía un patrón combinado de Gleason 7 (3+4), grado 2 Mostofi y M.D. Anderson Hospital grado 2.

Como consecuencia de las punciones prostáticas efectuadas, en 9 pacientes (9%) hubo rectorragia inmediata, la cual cedió rápidamente a una compresión perineo-rectal localmente aplicada, y en 11 enfermos (11%), discretas elevaciones de temperatura al segundo o tercer día del posoperatorio, que fueron tratadas sintomáticamente, además de reforzarse la antibióticoterapia.

Cuadro 1

	Pacientes	
HPB	27	(27%)
HPB+ prostatitis	39	(39%)
HPB+prostatitis+litiasis	8	(8%)
Total	74	(74%)
ADCA próstata	26	(26%)
Correlación positiva (Similitud histopatológica) ADCA próstata únicamente en la biopsia /punción	94	(94%)
	4	(4%)

Resultados histológicos biopsia/punción y biopsia/prostatectomía en 100 pacientes.
HPB= Hipertrofia prostática benigna.
ADCA= Adenocarcinoma.

DISCUSIÓN

La hiperplasia prostática benigna y el cáncer prostático, constituyen entidades nosológicas diferentes y no secuenciales del mismo proceso patológico, que con alguna frecuencia coexisten, presentan un incremento continuo, especialmente al alcanzar la población una mayor edad y disponer de mejores y avanzados recursos de diagnóstico.

El adenoma de la próstata constituye la afección tumoral masculina sintomática más común, comienza a manifestarse después de los 50 años y se encuentra presente en el 80% de los hombres a la edad de 80 años, aunque sólo un 25% de ellos requerirá algún tratamiento para aliviar su obstrucción urinaria (2).

Entre todos los cánceres, el de la próstata es el que se incrementa más rápidamente con la edad, por

ejemplo, en los Estados Unidos excede, por su alta frecuencia, al cáncer del pulmón y representa, a su vez, la segunda causa de muerte por este motivo (1,3). Actualmente se calcula que del 10 al 30 por ciento de los hombres mayores de 50 años, sobrellevan un microcarcinoma oculto, de lento crecimiento, que tal vez nunca se manifieste clínicamente, y se desconocen los factores epidemiológicos que actúan para incidir en su latencia o activación progresiva (2).

Una extensa encuesta efectuada entre los miembros del American College of Surgeons (4), halló que casi el 50% de los cánceres prostáticos diagnosticados en Estados Unidos, lo constituían carcinomas incidentales al momento de la prostatectomía transuretral, relación que se incrementa por una mayor edad de los pacientes y una mejor calidad en la metodología del examen histológico (2).

La importancia y significación clínica de un nódulo al tacto rectal debe ser tomada muy en cuenta, pues constituye la forma más común de presentación del cáncer de la glándula prostática, especialmente en estado curable en el hombre mayor de 50 años. Sin embargo, solamente entre 18% y 50% de estas lesiones palpables, presentan un carcinoma comprobable por la biopsia (5-7), el resto contiene hiperplasia, litiasis, prostatitis, fibrosis o infarto prostático.

Ambos procedimientos, la punción-biopsia de la glándula y la prostatectomía transuretral, permiten un mejor y más amplio estudio histológico, al disponerse de diferentes muestras tisulares del nódulo y porción periférica y posterior de la próstata, área comúnmente reconocida, por ser donde con mayor frecuencia se inician estos cánceres, así como también de los fragmentos prostáticos obstructivos resecaados, incluyendo aquellos seleccionados endoscópicamente de zonas de dudoso aspecto, provenientes de la porción glandular central o interna de transición.

El examen digital rectal y la biopsia sistemática de la próstata, pueden ser efectuados a cabalidad y con mayor seguridad y precisión en el área quirúrgica, con el paciente preparado, anestesiado, en adecuada posición y con protección antibacteriana, limpieza intestinal y todos los recursos propios de este ambiente.

No todos los cánceres prostáticos son sonográficamente hipoecoicos o palpables al tacto rectal, ni tampoco las áreas sospechosas a la ecografía o al

examen digital rectal, siempre son malignas, por lo cual se insiste en la importancia de la práctica de la biopsia prostática en forma sistemática (8,9). La ecografía prostática transrectal, actualmente de gran auge e importancia en el estudio gráfico y estructural del tejido prostático y como guía de la biopsia precisa de áreas hipoecoicas de la glándula, tiene como desventajas su costo y ciertas limitaciones en su sensibilidad y especificidad en la detección del cancer (4,8).

Por su parte, el antígeno prostático específico, es posible hallarlo en niveles superiores a la normalidad por enfermedad prostática: hiperplasia, prostatitis y cáncer de la glándula. En el carcinoma tiene una sensibilidad y especificidad de 78 y 60 por ciento, respectivamente, su valor de predicción es de apenas el 30% cuando existe cáncer (2).

Se puede concluir, que el examen digital rectal y la biopsia sistemática de un nódulo aislado en la próstata, efectuados inmediatamente antes de la prostatectomía desobstructiva por una hiperplasia prostática clínicamente benigna, ofrece importantes ventajas:

- facilita la palpación apropiada de la próstata y de sus zonas vecinas;
- aumento de la precisión en la guía y conducción de la aguja de biopsia para la punción prostática y sistemática de áreas sospechosas de pequeño tamaño con menores riesgos de fracaso;
- se logra una mayor efectividad en la prevención y en el control de las complicaciones habituales de la punción transrectal;
- mediante la cirugía endoscópica, es posible identificar zonas sospechosas en el espesor prostático, y ser resecaadas para su estudio microscópico;
- con la realización simultánea de ambos estudios histológicos, se incrementa y potencializa su utilidad diagnóstica;
- se aumentan las posibilidades del hallazgo de lesiones cancerosas muy localizadas, que por la prostatectomía efectuada, se obvia de inmediato cualquier terapéutica oncológica que no sea la de observación periódica y regular del enfermo;

- se ahorran molestias e incomodidades al enfermo y al médico, además de ofrecer mayor seguridad y confianza en el resultado histológico definitivo y en la terapia más adecuada.

REFERENCIAS

1. Mettlin C, Murphy GP, Lee F, Littrup PJ Chesley A, Babaian R, Badalament R, Kane RA, Mostofi FK. Characteristics of prostate cancer detected in the American Cancer Society National Prostate Cancer Detection Project. *J Urol* 1994;152:1737-1740.
2. Coffey DS. Prostate cancer. An overview of an increasing dilemma. *Cancer* 1993;71(3 Suppl):880S-886S.
3. Jones GW. Prostate Cancer? Magnitude of the problem. American College of Surgeons database and epidemiologic study. *Cancer* 1993;71(3 Suppl):887S-890S.
4. Brawer MK. The diagnosis of prostatic carcinoma. *Cancer* 1993;71(3 Suppl):889S-905S.
5. Schmidt JD, Mettlin CJ, Natarajan N, Peace BB, Beart RW Jr, Winchester DP, et al. Trends in patterns of care for prostate cancer 1974-1983: results of surveys by the American College of Surgeons. *J Urol* 1986;136:416-421.
6. Jewett JJ. Significance of the palpable prostatic nodule. *JAMA* 1956;160:838-839.
7. Spring WB, Alden MW. Evaluation of needle biopsy in the diagnosis of prostatic carcinoma. *Can Med Assoc J* 1954;70:179-185.
8. Flanigan CR, Catalona WJ, Richie JP, Ahmann FR, Hudson MA, Scardino PT, Dekernion JB, et al. Accuracy of digital rectal examination and transrectal ultrasonography in localizing prostate cancer. *J Urol* 1994;152:1506-1509.
9. Ellis WJ, Chetner MP, Preston SD, Brawer MK. Diagnosis of prostatic carcinoma: the yield of serum prostate specific antigen, digital rectal examination and transrectal ultrasonography. *J Urol* 1994;152:1520-1525.