

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN

Comportamiento clínico e histopatológico del adenocarcinoma de próstata incidental

Clinical and histopathological behaviour of incidental prostate adenocarcinoma

Diana de las M. Ortiz López (1), René Hernández Hernández (2), Esther M. Estrada Espinosa (3), Adoración Duarte Vilariño (3), Maribel Araujo Mejías (4).

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital "General Docente Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón para conocer el comportamiento clínico e histopatológico del adenocarcinoma de próstata incidental, en pacientes sometidos a adenomectomía por el diagnóstico posible de hiperplasia prostática benigna, se encuentra una incidencia de 28,64%, con un predominio en la raza blanca en las edades entre 71 y 80 años. En el 95,5% el tacto rectal fue normal y en el 58,93% el Antígeno Prostático Específico es normal, el puntaje de Gleason fue en la clasificación de bajo grado el predominio con 63,93% y un solo foco tumoral macroscópico con 60,71% con margen quirúrgico positivo solo 6 piezas 5,36%. En el 4,46% coexistió neoplasia intraepitelial prostática de alto grado y la estadificación patológica predominante fue el pT2a.

Palabras clave: ADENOCARCINOMA PROSTATICO INCIDENTAL.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Anatomía Patológica. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Medicina Interna. Profesor Instructor.
3. Especialista de 2do Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente.
4. Especialista de 1er Grado en Anatomía Patológica.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de próstata es la principal causa de incidencia de cáncer en los hombres de Centroamérica (26.9 por 100 000) y el Caribe (38.8 por 100 000). Entre los países del Caribe, donde esta enfermedad representa el 20.5% de todos los casos nuevos de cáncer en el hombre, existen grandes variaciones que van desde 87,4 por 100 000 en República Dominicana. En Centroamérica el riesgo de enfermar por esta causa es mayor y varía de 31.4 por 100 000 en Nicaragua hasta 14.1 por 100 000 en el Salvador. Para los hombres de 65 años y más, el cáncer de próstata es la principal causa de incidencia de cáncer con una tasa ajustada a la población mundial de 453.6 por 100 000 en el Caribe y de 312.5 por 100 000 en Centroamérica. En el año 2010 fallecieron más de 10 000 personas por esta causa, con una tasa de mortalidad ajustada a la población mundial de 22.0 por 100 000 en el Caribe y de 16.2 por 100 000 en Centroamérica. Existen grandes variaciones en la región, que van desde 55,3 en Barbados hasta 8,6 en el Salvador. En Cuba, el cáncer de próstata progresa de forma alarmante y ocupa el segundo lugar dentro de las 10 primeras causas de cáncer.

Es la primera causa de años de vida potencialmente perdidos y es el indicador de mayor impacto en la esperanza de vida al nacer; cada año se diagnostican más de 29 mil pacientes y se registran más de 18 mil fallecidos por esta causa; las primeras causas de muerte por cáncer han estado localizadas en pulmón, mama, colon/recto, próstata y cuello de útero; todas se corresponden con las que presentan otros países de la región del Caribe y el mundo (1)

El cáncer de próstata es responsable de una elevada morbi-mortalidad en hombres y representa aproximadamente el 30% de todas las formas de cáncer y es culpable de alrededor del 14% de las muertes por cáncer en hombres (2 - 6).

La glándula prostática es en realidad un conjunto de múltiples glándulas menores inmersas en un estroma fibromuscular que conforman un órgano irregularmente cónico de base superior (inmediatamente por debajo del cuello vesical) y está atravesada en todo su eje por la uretra (7-8)

En Cuba, al igual que en muchos países del mundo, es frecuente encontrar adenocarcinoma incidental en pacientes que se les practicó adenomectomía.

En el Hospital General Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón se realiza Adenomectomía para el tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata (HBP), no se conoce el comportamiento anatomopatológico y clínico del adenocarcinoma incidental prostático.

El objetivo de la investigación fue describir el comportamiento clínico, histopatológico y humoral, de los pacientes a los que se le practicó Adenomectomía por diagnóstico posible de HPB y se le realizó diagnóstico de adenocarcinoma de próstata incidental, en el Hospital General Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón en el periodo del 2006 al 2010.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de caracterizar el comportamiento clínico e histopatológico del adenocarcinoma de próstata incidental de los pacientes que se les realizó Adenomectomía de próstata por diagnóstico posible de hiperplasia prostática benigna (HPB), en el Hospital General Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" del municipio Morón en la provincia Ciego de Ávila, en el período comprendido de enero del 2006 hasta diciembre 2010.

El universo del estudio estuvo constituido por todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de próstata incidental en los que se le realizó Adenomectomía por diagnóstico posible de HPB, en el servicio de Urología del Hospital General Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" y constaban los resultados en el registro del departamento de Anatomía Patológica.

Las variables estudiadas fueron la edad, raza, diagnóstico por tacto rectal, valores del antígeno prostático específico (PSA), grado de diferenciación tumoral según clasificación de Gleason, presencia de neoplasia intraepitelial prostática de alto grado (PIN) y clasificación TNM.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El cáncer de próstata se ha convertido a nivel mundial en un problema social, económico y de salud, al igual que en Cuba, pues se ha llegado a una sociedad de varones de edad avanzada con una esperanza de vida, que, para el medio, sobrepasa los 70 años. Ocasionalmente un adenocarcinoma prostático es descubierto de modo fortuito y no esperado (incidental), tras un supuesto diagnóstico de patología benigna. La incidencia del adenocarcinoma prostático incidental es variable en la literatura, debido a la metodología empleada en el estudio, los criterios de selección en distintos países, y otros parámetros, por lo que se encontró una diferencia entre el 10 y 60% (9- 10).

En el estudio, la incidencia de carcinoma incidental, 112 piezas (28.64%) en el periodo de 5 años del estudio de un total de 391 Adenomectomías realizadas por presunto diagnóstico de HPB. El año de mayor incidencia fue el 2009.

En la literatura en la variable raza se muestran grandes diferencias en la distribución, el color de piel negra tiene mayor predisposición (11). Las tasas más elevadas se observan en los afroamericanos y las más bajas en los habitantes de China y Japón (12 - 14).

La raza afectada con mayor frecuencia en la serie estudiada es la blanca como se puede apreciar en la Tabla No. 1, 83, 04%, se comporta de forma similar en todos los años, influenciado estos resultados por la presencia en el país de la gran variación racial y el predominio de la raza blanca en la población de la provincia.

El grupo de edades que más se vio afectado, Tabla No. 2, quedó constituido por el de 71 a 80 años con 75%, seguido del grupo 61 a 70 y más de 80 años, 14,29% y 8,04% respectivamente, sin existir muchas diferencias en los años que contempló el estudio.

Se ha comprobado que la incidencia aumenta con la edad, se acentúa a partir de los 80 años, a los 50 años un tercio de los hombres tienen signos microscópicos de cáncer de próstata y a los 75 años de un tercio a la mitad tienen cambios cancerosos en la glándula (1, 11, 15 - 17).

Varios autores coinciden como muy relevante la edad, es bien conocido que a partir de los 50 años constituye el principal factor de riesgo y aumenta las posibilidades de enfermar a medida que aumenta la misma (11).

El tacto rectal de la próstata es el método clínico más útil para el diagnóstico de cáncer de próstata siempre y cuando el tumor tenga un volumen que pueda ser palpado por el examinador. Es importante señalar que en el 70% de los casos el cáncer de próstata se desarrolla en la zona periférica la cual se encuentra al alcance del evaluador (18). Es la primera forma de aproximación al diagnóstico del cáncer de próstata, pero permite la detección principalmente de los estadios avanzados, pero tiene muchas fallas y no permite la detección de estadios microscópicos que es lo que ocupa el estudio que realiza la autora.

En la Tabla No.3 se muestra como el 95,5% se evidencia un tacto rectal no sospechoso, lo que coincide con la totalidad de los autores (9, 11, 18).

Al realizarse la Adenomectomía por hiperplasia benigna de próstata (HBP) y estar protocolizado este tratamiento para esta patología es de esperar los resultados encontrados.

En la Tabla No. 4 se exponen los resultados del valor del antígeno prostático específico (APE), se evidencia que los pacientes que se les diagnóstico el adenocarcinoma de próstata en las piezas de Adenomectomía tenían como antecedentes un valor de APE normal, 58,93% seguido de los que no se les realizó el estudio, 27,68%.

El APE se tuvo en cuenta para el diagnóstico clínico de la enfermedad, no se realizó en el 27,68%, al igual que el tacto rectal expuesto en la Tabla No. 4 donde el 95,5% fue no sospechoso lo que explica la realización de la adenomectomía como proceder para el tratamiento de la HBP.

Se coincide con los reportes de múltiples autores donde los valores del APE no son específicos del adenocarcinoma de próstata, sino que puede estar elevado en otras patologías como la HBP y las prostatitis (8, 18 - 20).

El grado histológico es uno de los factores pronósticos más importantes de agresividad y por lo tanto es imprescindible reportar con la utilización del sistema de Gleason en base a las características morfológicas y arquitecturales ya bien establecidas en el marco teórico.

En la Tabla No. 5, la serie de las piezas de Adenomectomías se puede apreciar el puntaje de Gleason menor de 4 (Bajo Grado) en 63,39% y menor de 7 (Grado Intermedio) 36,61%. En la literatura consultada de otras investigaciones coincide con los resultados de la autora, si se tiene en cuenta que se tratan de adenocarcinomas de próstata órgano confinados encontrados fortuitamente y grado histológico favorable (20 - 22).

La relación de la neoplasia intraepitelial prostática (NIP) de alto grado con el Adenocarcinoma de próstata es un hecho bien establecido y que ha sido objeto de revisiones. Actualmente es un hecho universalmente aceptado que el NIP de bajo grado no debe ser comunicado en los informes histopatológicos por la gran variabilidad inter observador y por la dificultad para diferenciarlo del tejido prostático benigno. Además, el riesgo de Adenocarcinoma de próstata concomitante en esta lesión es equiparable a la del tejido benigno. La incidencia de NIP de alto grado en biopsias prostáticas oscila entre el 4 y el 8%. El diagnóstico de NIP de alto grado tiene un cierto grado de subjetividad y por ello la reproducibilidad diagnóstica entre observador, mejora en los uropatólogos y disminuye en los patólogos generales (23).

En la Tabla No. 6 se exponen los resultados en los que se aprecia el bajo reporte de NIP en el estudio, 4,46% y la no presencia en el 95,54% coincide con la literatura en el que coexisten, al tener en cuenta que al realizarse el diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma prostático se omite en los reportes la presencia de NIP (20, 23-24).

En base a los hallazgos obtenidos de la observación macro y microscópica reportada y al tener en cuenta la clasificación TNM de 200225 se consigna la estadificación patológica al valorar el tumor primario órgano confinado con un predominio del estadio pT2a con un 84,82% y solo un 2,68% de pT2b, Tabla No. 7. Al revisar la literatura existe coincidencia pues se tiene en cuenta que son piezas estudiadas de pacientes sometidos a Adenomectomías por el diagnóstico presuntivo de hiperplasia benigna de próstata (HBP) por lo que es lógico esperar tumores órgano confinado e incidentales (10, 18, 20). De las 14 piezas donde no se observó foco macroscópico el 11,61% se reportaron con estadio pT1a y solo una pieza 0,89% pT1b.

CONCLUSIONES

Se estudiaron 112 espécimen, con adenocarcinoma incidental de próstata, procedentes de 39 Adenectomía con el diagnóstico presuntivo de hiperplasia benigna prostática. El mayor número de casos diagnosticados fueron en el 2009 y en la raza blanca, este último dato motivado por la composición racial de los habitantes de la provincia. Las edades de mayor incidencia fueron entre 71 y 80 años. El tacto rectal, una forma muy útil en la aproximación al diagnóstico del cáncer de próstata, no fue útil, en esta serie en el diagnóstico de la enfermedad, así como los resultados del Anfígeno Prostático Específico. El bajo grado de malignidad predomina al aplicar la clasificación de Gleason. Solo en el 4,6% de los casos se diagnosticó un NIP de alto grado. El mayor número de casos se ubican en el estadio pT2a.

RECOMENDACIONES

Se debe ser minucioso en el estudio de las próstatas estudiadas por Hiperplasia Prostática Benigna, en busca de la aparición de Adenocarcinomas incidentales ya que hay reportes de incidencia hasta en un 60%, también se debe revisar cuidadosamente la presencia en la muestra de PIN de alto grado, los que pueden estar relacionados con en adenocarcinoma.

ABSTRACT

A retrospective descriptive study was carried out in the "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" General Hospital, in Morón to know the clinical and histopathological behaviour of Adenocarcinoma of Incidental Prostate, in patients subjected to adenomectomy by the possible diagnose of Prostatic Hyperplasia showing an incidence of 28,64%, with a predominance in white people and ages between 71 and 80 years. In 95,5% the Digital Rectal Examination was normal and in 58,93% the Prostate-Specific Antigen was normal too, Gleason scores was in the classification of low degree the predominance with 63,93% and a macroscopic tumoral focus with 60,71% with positive surgical time allowed only 6 pieces 5,36%. In 4,46% coexised high grade (PIN AG) intraepithelial neoplasia of the prostate and the predominant pathological statification was pT2to.

Key words: INCIDENTAL PROSTATIC ADENOCARCINOMA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Milanés Sánchez JL, Sánchez Iturriaga M, Martínez Ginarte G. Aspectos clínicos e histopatológicos del adenocarcinoma prostático en nuestro medio. Multimed [Internet]. 2009 [citado 16 Oct 2013]; 13(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.sabetodo.com/documentos/aspectos-clinicos-adenocarcinoma-13102010.pdf>
2. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin. 1999; 49(1): 33-64.
3. Epstein JI, Partin AW, Sauvageot J, Walsh PC. Prediction of progression following radical prostatectomy: a multivariate analysis of 721 men with long-term follow-up. Am J Surg Pathol. 1996; 20(3):286-92.
4. Padilla Rodríguez AL. Lineamientos para el manejo, diagnóstico y reporte de cáncer de próstata en especímenes de prostatectomía radical. Patología. 2008; 46(3): 248-62.
5. Berna A, Vuruskan H. Clinicopathologic features of incidental prostatic adenocarcinoma in radical cystoprostatectomy specimens. World J Surg Oncol. 2011; 9:81.
6. Partin AW, Coffey DS. The molecular biology, endocrinology, and physiology of the prostate and seminal vesicles. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, et al. eds. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 1237-96.
7. McNeal JE. Normal and pathologic anatomy of prostate. Urology. 1981; 17[Suppl. 3]:11-16.
8. Picurelli Oltra L, Sendra Torres A, Fernández Rodríguez A, Ortega Villar F, Baixauli Martínez J, Tramoyeres Celma A. Incidental prostatic adenocarcinoma in the era of the PSA. Actas Urol Esp 1997; 21:354-356.
9. Krishnamurthi V, Klein EA, Levin HS. Probability of prostate cancer detection following diagnosis of PIN. J Urol 1997; 157:366-368.
10. Raviv G, Kiss R, Vanegas JP, et al. PIN: influence of clinical and pathological data on the detection of prostate cancer. J Urol 1996; 156:1050-1054.

11. Salas Cabrera R, Rodríguez Expósito CF, Sagué Larrea JL, Laurencio Mena A. Factores de Riesgo en el Cáncer de la Próstata. Criterios de expertos. Ciencias Holguín [Internet]. 2009 [citado 10Mar 2013]; 15(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.ciencias.holguin.cu/index.php/cienciasholguin/article/view/518>
12. Williams H, Powell IJ. Epidemiology, pathology, and genetics of prostate cancer among African Americans compared with other ethnicities. *Methods Mol Biol.* 2009; 472:439-53.
13. Baade PD, Youlten DR, Krnjacki LJ. International epidemiology of prostate cancer: Geographical distribution and secular trends. *Mol Nutr Food Res.* 2009;53(2):171-184.
14. Súchil Bernal B. Epidemiología del cáncer de próstata. *Clin Translat Oncol.* 2011; 3(1): 11-21.
15. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de la próstata: Tratamiento (PDQ®) [Internet]. 2009 [actualizado 12 Mar 2009; citado Jul 2010] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/prostata/Patient>
16. DeVita V, Hellman S, Rosemberg S. Cancers of the genitourinary system. En: *Cancers Principles & Practice of Oncology.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
17. Pérez Pérez R, Fajardo Pérez M, Orlando González N. El cáncer de próstata: un desafío constante para el Médico de Familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2002 [citado 12 May 2009]; 18(5): [aprox. 9 p.].
18. Merayo Chalico CE, Sánchez Turati GJ, Santana Ríos Z, Pérez Becerra R, Saavedra Briones DV, Morales Montor JG, Pacheco Gahbler C, Calderón Ferro F. Prevalencia del cáncer de próstata incidental en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González". *Rev Mex Urol* 2009; 69(4):147-152.
19. Matthew R, Smith M. Effective treatment for early-stage prostate cancer possible, necessary, or both? *N Engl J Med.* 2011; 364:1770-1772.
20. Fernández Rosado E, Gómez Veiga F, Álvarez Castelo L, Ruibal Moldes M, Chantada Abal V, González Martín M. Estudio clínico-patológico sobre el cáncer de próstata incidental en pacientes intervenidos bajo el supuesto diagnóstico de HBP sintomática. *Actas Urol Esp.* 2006; 30 (1): 33-37.
21. Arrabal Polo MA, Jiménez Pacheco A, Mijan Ortiz JL, Arrabal Martín M, Valle Díaz de la Guardia F, López Carmona Pintado F, et al. Relación entre score Gleason biopsico y score Gleason tras prostatectomía radical en pacientes sometidos a biopsia sextante vs 12 cilindros. *Arch Esp Urol.* 2010; 63(9): 791-796.
22. Rincón Mayans A, Zudaire B, Brugarolas J, Rioja J, Zudaire J, Rosell D, et al. Cáncer de próstata localizado de alto riesgo tratado mediante prostatectomía radical. Pronóstico y estudio de variables influyentes. *An Sist Sanit Navar.* 2012; 35(1): 9-18.
23. Pascual Mateo C, Luján Galán M, Rodríguez García N, Llanes González L, Berenguer Sánchez A. Significado clínico de la neoplasia intraepitelial prostática y de la proliferación acinar focal atípica: relación con el cáncer de próstata. *Actas Urol Esp.* 2008; 32(7): 37-44.
24. Arzoz Fábregas M, Areal Calama J, Ibarz Servio L, Gago Ramos JL, Boix Orri R, Saladié Roig JM. Neoplasia intraepitelial prostática aislada y positividad para adenocarcinoma en la rebiopsia. Revisión de nuestra serie. *Actas Urol Esp.* 2005; 29(8): 21-30.
25. International Union Against Cancer (UICC). *TNM Classification of Malignant Tumours.* 6 ed. Maryland: Wiley; 2002.

ANEXOS

Tabla No.1. Distribución de las frecuencias por razas del cáncer de próstata incidental.

Año/ Raza	Blanca	%	Negra	%	Mestiza	%	Total
2006	19	70,37	2	7,41	6	22,22	27
2007	18	85,71	1	4,76	2	9,52	21
2008	22	100,00	0	0,00	0	0,00	22
2009	24	75,00	5	15,63	3	9,38	32
2010	10	100,00	0	0,00	0	0,00	10
Total	93	83,04	8	7,14	11	9,82	112

Fuente: Registro de Biopsias

Tabla No.2. Distribución de las frecuencias por edades del cáncer de próstata incidental.

Año/ Grupo etario	Menos de 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		71 - 80		Más de 80		Total No.
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
2006	0	0,00	0	0	0	0,00	2	7,41	23	85,19	2	7,41	27
2007	1	4,76	0	0	0	0,00	4	19,05	14	66,67	2	9,52	21
2008	1	4,55	0	0	0	0,00	4	18,18	15	68,18	3	13,64	22
2009	0	0,00	0	0	2	6,25	3	9,38	26	81,25	1	3,13	32
2010	0	0,00	0	0	0	0,00	3	30,00	6	60,00	1	10,00	10
Total	2	1,79	0	0	2	1,79	16	14,29	84	75,00	9	8,04	112

Fuente: Registro de Biopsias

Tabla No.3. Resultados del Tacto Rectal

Año / Tacto Rectal	No sospechoso		Sospechoso		Total
	No.	%	No.	%	
2006	27	100	0	0	27
2007	21	100	0	0	21
2008	20	90.9	2	9.1	22
2009	29	90.6	3	9.4	32
2010	10	100	0	0	10
Total	107	95.5	5	4.5	112

Fuente: Historia Clínica

Tabla No.4. Valores del Antígeno Prostático Específico

Año/PSA	APE Normal		APE Elevado		APE No Realizado		Total No.
	No.	%	No.	%	No.	%	
2006	15	55,56	4	14,81	8	29,63	27
2007	14	66,67	2	9,52	5	23,81	21
2008	15	68,18	3	13,64	4	18,18	22
2009	16	50,00	5	15,63	11	34,38	32
2010	6	60,00	1	10,00	3	30,00	10
Total	66	58,93	15	13,39	31	27,68	112

Fuente: Historia Clínica

Tabla No.5. Valor de Gleason

Año / Valor de Gleason	Bajo Grado 2 - 4		Intermedio 5 - 7		Alto Grado 8 - 10		Total No.
	No.	%	No.	%	No.	%	
2006	17	62,96	10	37,04	0	0	27
2007	14	66,67	6	33,33	0	0	21
2008	12	54,55	10	45,45	0	0	22
2009	21	65,63	11	34,38	0	0	32
2010	7	70,00	2	30,00	0	0	10
Total	71	63,39	41	36,61	0	0	112

Fuente: Registro de biopsias

Tabla No.6. Presencia de PIN de alto grado

Año / PIN alto grado	Sí		No		Total
	No.	%	No.	%	No
2006	1	3,70	26	96,30	27
2007	1	4,76	20	95,24	21
2008	1	4,55	21	95,45	22
2009	2	6,25	30	93,75	32
2010	0	0,00	10	100,00	10
Total	5	4,46	107	95,54	112

Fuente: Registro de Biopsias

Tabla No.7. Distribución por estadio pT

Año / Estadio pT	pT1a		pT1b		pT2a		pT2b		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
2006	3	11,11	0	0,00	24	88,89	0	0,00	27
2007	3	14,29	0	0,00	18	85,71	0	0,00	21
2008	2	9,09	1	4,55	16	72,73	3	13,64	22
2009	4	12,50	0	0,00	28	87,50	0	0,00	32
2010	1	10,00	0	0,00	9	90,00	0	0,00	10
Total	13	11,61	1	0,89	95	84,82	3	2,68	112

Fuente: Registro de Biopsias