

## EXPERIENCIA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE PROSTATA

---

Por el Dr. L. BERNSTEIN - HAHN

Según las estadísticas del Servicio de Salubridad Pública de los EE. UU., el cáncer de la próstata, constituye la malignidad más común entre los varones de más de 65 años (17%), en este sector de la población es más frecuente que el cutáneo (14,5%), estómago (12%) y pulmón (7%).

En razón de su lenta evolución, Moore descubre un 20% de carcinomas de próstata; en autopsias de hombres de 50 o más años, fallecidos de enfermedades no urológicas; Rich publica un 14% de incidencia en un estudio similar.

Meyer y Roswit informan que, el 95% de los pacientes con carcinoma de próstata, presentaban metástasis demostrables cuando el diagnóstico fué hecho.

Con el objeto de establecer el comportamiento biológico de estos tumores y establecer su incidencia en casos asintomáticos, el Servicio de Urología del Hospital Francis Delafield, Instituto de Investigaciones sobre Cáncer de la Universidad de Columbia, en la ciudad de Nueva York; inició en abril de 1951, un estudio sobre el cáncer de próstata, en colaboración del Departamento de Asistencia Social de Nueva York, que se denominó Series del Bowery.

Bowery es el nombre del barrio, donde se encuentra un refugio municipal, en que viven hombres de pobre condición económica, donde se reclutaron los pacientes para este estudio.

*Estudio Clínico:* Los hombres reunidos en estas series, no consultaron al médico espontáneamente, fueron examinados en el Bowery, por facultativos del Hospital Francis Delafield. Los primeros 141 pacientes, fueron seleccionados por presentar síntomas de prostatismo; en los subsiguientes, no se siguió criterio de selección.

A su ingreso al hospital, se le practica un exhaustivo estudio médico y social; en el examen físico, el tacto rectal es realizado por varios médicos del Servicio, lo que consta en la historia.

Las pruebas de laboratorio, incluyen análisis de orina, hemograma, dosaje de fosfatasa ácida y alcalina, electrolitos, uremia, glucemia, hepatograma, proteínas totales y reacción de Massini. Se le toman radiografía de tórax y pielograma excretor.

Después de la evaluación clínica, se le somete a una cistoscopia y a una biopsia perineal de próstata, a cielo abierto.

Se obtiene así un trozo de tejido, que mide 1 cm. de largo, por 1 cm. de ancho y 4 mm. de espesor, el cual se divide longitudinalmente. Una mitad es fijada en solución de Bouin, congelada y teñida con Metacromo B. La otra mitad de la biopsia, se la reserva para secciones permanentes en parafina.

El preparado por congelación, es examinado por anatomopatólogos. Si no hay cáncer, la herida se cierra, a menos que sea necesario operar una obstrucción benigna de próstata. Si se encuentra un cáncer curable, se practica inmediatamente una prostatectomía radical y orquiectomía.

Se incluye en el término de curables, los cánceres pertenecientes a los grupos I, II y III de la clasificación de Hudson, que es la siguiente:

*Grupo I:* Lesiones limitadas a la glándula, sin invasión perineural.

*Grupo II:* Lesiones en la glándula y cápsula.

*Grupo III:* El tumor se ha extendido a la fascia que cubre las vesículas seminales, sin una demostrable extensión a los tejidos periprostáticos.

*Grupo IV:* El tumor invadió tejidos periprostáticos, pero sin evidencia de metástasis a distancia.

*Grupo V:* Lesiones que presentan metástasis distantes.

Cualquiera sea el diagnóstico, estos pacientes son vistos en el Consultorio Externo a intervalos regulares, que es cada 3 meses para los cancerosos y cada 6 meses en los casos benignos y de control. En cada visita se les practica un examen físico, inclusive palpación rectal, radiografías de tórax y abdomen, análisis de orina y dosaje de fosfatasa ácida.

Durante mi permanencia, como médico residente en el Hospital Francis Delafield, Universidad de Columbia, he tenido oportunidad de realizar en 95 pacientes, cuyas edades oscilaban entre los 50 y 73 años, biopsias prostáticas por vía perineal abierta, según la técnica de Young, modificada por Belt.

Nueve de estos pacientes tenían carcinomas, 8 en los Grupos I y II y 1 en el Grupo IV.

De los primeros, seis fueron sometidos a prostatectomías radicales y orquiectomía bilateral; uno falleció a consecuencia de un paro cardíaco, mientras se le practicaban maniobras anestésicas y uno rehusó la cirugía radical.

Al enfermo del Grupo IV se le practicó una orquiectomía. A ocho de los enfermos de este grupo, se les practicó adenomectomías de próstata.

#### Cuadro 1

Biopsias prostáticas .....	95
Carcinoma Grupo I y II .....	8
Carcinoma Grupo IV .....	1
Adenoma obstructivo de próstata .....	8

#### Cuadro 2 — Tratamiento

Biopsias de próstata .....	95
Prostatectomía radical y orquiectomía .....	6
Adenomectomía de próstata .....	8
Orquiectomía bilateral .....	1
Rehusó cirugía radical .....	1
Fallecido durante anestesia .....	1

El porcentaje de neoplasias encontrado en estos pacientes es de 9,4%, similar a las estadísticas publicadas de las Series del Bowery de 11,1%.

Estas Series comprenden ya casi 1000 pacientes con biopsias de próstata.

En los primeros 200, se practicaron biopsias perineales por punción y por vía abierta; diagnosticándose 21 carcinomas; entre los cuales el material obtenido por punción fué adecuado en 2 casos, insatisfactorio para diagnóstico en 4 y erróneo en 15 casos, por lo que se desechó este método en los casos subsiguientes.

El total de carcinomas diagnosticados hasta fines de 1959, en las Series del Bowery fué de 98, que lo fueron en la siguiente extensión:

	Número de pacientes	Frecuencia
Grupo I .....	54	56%
Grupo II .....	30	31%
Grupo III .....	3	3%
Grupo IV .....	9	8%
Grupo V .....	2	2%
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>

Entre ellos, muchos menos de la mitad, presentaban induraciones al tacto rectal que hicieran sospechar la enfermedad. Jewett, de la Universidad de Johns Hopkins, también informa que estudiando histológicamente 211 nódulos prostáticos, 108 eran benignos y 103 malignos, los cuales diferían muy poco al tacto.

*Conclusiones:* Creemos de acuerdo con estas experiencias, que con el aumento de la longevidad, aumenta el número de los afectados de carcinoma de próstata, y que la biopsia prostática, por vía perineal abierta, permite su diagnóstico en una etapa precoz, en la que el examen digital ha demostrado sus limitaciones y en que son posibles las mejores perspectivas de tratamiento.

La incidencia del cáncer latente de próstata, el cual en su vasta mayoría es asintomático; aparece como un 10 %, en la población masculina de 50 años o más de la ciudad de Nueva York, según comprobación histológica por biopsia; en las cuales un tratamiento adecuado, puede aportar una mayor sobrevivencia libre de esta enfermedad.

*Resumen:* Presentamos una serie de 95 pacientes mayores de 50 años, a los que se les practicó biopsias prostáticas por vía perineal abierta, encontrándose 9 carcinomas de próstata, de los cuales 8 dentro de los confines de la cápsula y glándula prostática. De éstos, 6 fueron sometidos a cirugía radical y orquiectomía.

De acuerdo a los resultados de las Series del Bowery, realizadas por la Universidad de Columbia, el 10% de la población masculina de más de 50 años, presenta cáncer de próstata, que en su estado latente, la biopsia perineal ofrece las mejores condiciones para su diagnóstico y por ende tratamiento precoz.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Rich A. R.: On the frequency of occurrence of occult carcinoma of the prostate. J. Urol. 33: 215-223, March 1935.
2. Moore, R. A.: The morphology of small prostatic carcinoma. J. Urol. 33: 224-234, March 1935.
3. Meyer E., Roswit B.: Palliative treatment of nonresectable pulmonary neoplasm — Primary and metastatic, New York J. Med. 53: 1647-1653, July 15, 1953.
4. Young, H. H., Davis, D. M.: "Practice of Urology", Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1926, vol. 2, págs. 414-512.

5. Belt E., Ebert E. C. y Surber A. C.: A new anatomic approach in perineal prostatectomy; J. Urol. 41: 482-497, 1939.
6. United States Bureau of the Census: Vital Statistics of the U.S.A., 1953.
7. Hudson P. B., Finkle y Col. "Prostatic cáncer VIII. Detection of unsuspected adenocarcinoma in the aging male population", J.A.M.A. 155: 426-429, 1954.
8. Hudson P. B., Finkle A. L., Jost H. M., Trifilio A. y Stout A. P.: "Prostatic cáncer X. Comparison of open and punch biopsy techniques". A.M.A. Archives of Surgery, 70: 508-512, 1955.
9. Hudson P. B., Finkle A. L., Trifilio A. y Wolan C. T.: "Prostatic cáncer IX. Value of transurethral biopsy in search of Early prostatic carcinoma". Surgery, 35: 897-900, año 1955.
10. Hudson P. B.: Comunicación personal.
11. Hudson P. B.: "Prostatic cáncer XIV. Its incidence, extent and behavior in 686 men studied by prostatic biopsy". Jour. American Geriatric Soc. Vol. V, 3, 338-350, March 1957.
12. Jewett H. J.: "Significance of Palpable Prostatic nodule" J.A.M.A. 160: 838-839. March 10, 1956.

### DISCUSION

*Dr. Mocellini Iturralde.* — Ante todo felicito al doctor Bernstein-Hahn por su interesante comunicación. Desearía saber si no practicó el examen citológico de Papanicolau para el diagnóstico precoz del cáncer.

*Dr. Schiappapietra.* — Igualmente felicito al doctor Bernstein-Hahn, por la importancia de su trabajo.

Me llama la atención que casi hayan desechado la biopsia perineal. Nosotros hemos practicado biopsias perineales abiertas. Sistemáticamente, efectuamos la biopsia con trocar, por vía perineal. Empleamos el trocar de Marañi, con algunas modificaciones sobre el trocar primitivo y estamos muy satisfechos.

Hay una relación bastante apreciable en el porcentaje de diagnósticos positivos en que se confirma la sospecha palpatoria. Es un método de aproximación; la localización puede realizarse en forma combinada con el tacto rectal. Se puede dirigir muy bien el anzuelo que tiene la extremidad del trocar de Marañi. En la sesión quirúrgica de esta mañana, por ejemplo, en una de las enucleaciones practicadas en el Servicio se efectuó una biopsia y en el punto exacto en que yo lo imaginé, estaba el hematoma.

En un caso, junto con el material vino un calculito, lo que me hizo pensar que era una equivocación de la palpación; sin embargo, el diagnóstico fue confirmatorio, sin duda. Operé al enfermo y el doctor Lazzano hizo el diagnóstico de presunción. Ese enfermo mejoró después de la intervención, pero a los pocos días regresaron los fenómenos inflamatorios. El asunto es interesante porque se realiza el estudio de la biopsia en el mismo lugar en que se hizo la palpación por punción.

Otros trócares que hemos usado no nos han dado el mismo resultado; por eso, seguimos empleando el primitivo.

*Dr. Pujol.* — Nosotros, como todos los urólogos, hemos tenido un gran interés por este tema, que es apasionante. Tendríamos que repetir casi todo lo que ha señalado el comunicante, con quien estamos de acuerdo.

Nos iniciamos en las biopsias con el trocar de Hofman y también con el de Lowsley, que es un poco más grueso. Desgraciadamente, la mayoría de las veces, en su gran porcentaje, los resultados fueron negativos.

Hoy en día la conducta es similar a la expuesta por el comunicante. Abordamos, como es sabido, el cáncer de la próstata por vía perineal, hacemos una biopsia a cielo abierto. Existe una gran ventaja porque se tiene expuesta toda la cara perineal de la próstata en toda su extensión, pudiéndose elegir a voluntad el punto más sospechoso.

Es una de las conductas más lógicas porque si la biopsia rápida por congelación nos brinda datos exactos, uno se decide inmediatamente con un poco más de trabajo a practicar la extirpación radical de la próstata, haciéndose una cirugía que es verdaderamente radical del cáncer.

Estoy de acuerdo con el comunicante porque ha expuesto la conducta que se sigue en nuestro Servicio.

*Dr. Irazu.* — Quiero recalcar un hecho observado por mí.

En un enfermo en que la técnica de la biopsia perineal fue practicada a cielo abierto y en que el anatomopatólogo en ese momento justificó por congelación que no se trataba de un cáncer, pocos días después, el mismo anatomopatólogo, observó que había células con una transformación, que se debía al hecho de que se le había instituido al paciente un tratamiento hormonal previo. Esa transformación de las células le hizo decir a ese anatomo-

mopatólogo que se trataba de una lesión maligna y se le obligó a decirle al enfermo las circunstancias que se presentaba para ver si quería ser sometido a una cirugía radical. El enfermo se negó aduciendo que seguiría su tratamiento hormonal y posteriormente, el mismo anatomopatólogo vino a confirmar que se trataba de un cáncer.

En resumen, la biopsia a cielo abierto también puede dar sus errores, sobre todo cuando no se tiene en cuenta que el paciente ha sido sometido a un tratamiento hormonal. A pesar de contar con los mejores procedimientos, todavía cabe con una causa de error en el diagnóstico del cáncer.

*Dr. Rebaudi.* — Es indiscutible que el tema traído a la discusión por el doctor Bernstein-Hahn, es de notoria actualidad. Lo ha demostrado el número de colegas que participan en el debate.

Poseo un trocar con el que he conseguido ciertas ventajas y puedo afirmar que mediante su empleo he podido resolver los problemas que se me presentaban. No cabe la menor duda que la incisión para exponer la cara posterior de la próstata y extraer tejido abundante es una maniobra superior a cualquier otra. Porque si disponemos de mayor cantidad de tejido, podremos saber con más exactitud si se trata o no de un cáncer.

Por otra parte, es sabido —los alemanes insisten en esto— que el adenoma de próstata es un precáncer. En numerosas ocasiones, los portadores de adenomas prostáticos terminan con un neo de próstata. Insisto que las ventajas que permiten obtener las biopsias por incisión baja, es decir, operatoria, es mucho mayor.

Estoy convencido que muchas veces, operamos adenomas de próstata que parecen ser benignos y que después se comprueba que son cánceres. Ya Richard, en el Congreso Internacional de Urología de Budapest, hace muchos años, presentó un estudio muy interesante sobre transformación maligna de los adenomas de próstata, con microfotografías que fueron muy discutidas y en ese tiempo, no le hicieron caso. Hoy estamos entrando en el criterio de Richard: el adenoma de próstata en un porcentaje muy elevado es un precáncer y eso no lo podemos demostrar con una biopsia exterior.

*Dr. Bernstein-Hahn.* — El método de Papanicolao para el diagnóstico precoz del cáncer de la próstata no se efectuó en Columbia, pero el doctor Witmore y colaboradores, de la Universidad de Corneille, en Nueva York, realizó en 2.500 enfermos no seleccionados del mismo tipo de los voluntarios de la serie de Columbia, el método de Papanicolao. El Papanicolao fue positivo en el 2 ó 3 por ciento. Comparando estadísticas de positividad en el Papanicolao y con otras de cáncer de próstata en el mismo tipo de población, ello ha determinado que se desechara un poco el método de Papanicolao como procedimiento diagnóstico para el cáncer precoz de la próstata.

Con respecto al uso de la punción, quiero remarcar que esta serie de Barry son voluntarios no seleccionados, lo cual hace que se haya encontrado casi el 90 por ciento de los cánceres en los estadios curables. La punción biopsia se hizo concomitantemente con la biopsia abierta en los primeros 200 casos. Se diagnosticaron 21 carcinomas en los estadios de la clasificación de los grados IV y V de Hudson en que se realizó la punción. En los estadios precoces y latentes, suponemos por esa serie de 200 casos que la eficacia es superior, por lo menos, en esta serie de la biopsia abierta.

Por mi parte, en la serie de Columbia, no he encontrado falsos positivos, sobre todo en cortés con parafina. A veces, en algunas de estas biopsias, en especímenes anatomopatológicos se halló un cáncer que no se diagnosticó en la sección.

Y termino agradeciendo los comentarios aportados a mi comunicación.