

- 9) *Sánchez Lucas J. G., y Moragas A.*: Prostatitis granulomatosa de células gigantes y granulomas eosinófilo de la próstata. *Med. Clin.*, 43:229-234 (1964).
- 10) *Stewart M. J., Wray S., y Hall M.*: Allergic prostatitis in asthmatics. *J. Path. & Bact.* 67:423-430 (1954).
- 11) *Tanner F. H., y McDonald J. R.*: Granulomatous prostatitis. A histology of a group of granulomatous lesions collected from prostate gland. *Arch. Path.*, 36:358-370 (1943).

Tomo 41 - Año 1972
Rev. Arg. Urol. Nefrol.

CANCER DE LA PROSTATA: EL PROBLEMA DIAGNOSTICO REVISION DE 120 CASOS

Por el Dr. NORBERTO M. FREDOTOVICH

Durante el periodo de 15 años comprendido entre junio de 1957 y junio de 1972, fueron diagnosticados en forma conjunta, por los servicios de Urología del Hospital Municipal José Penna y del Hospital Aeronáutico Central, 120 cánceres de la próstata.

La revisión de estos casos permitió obtener datos completos hasta la etapa del diagnóstico histopatológico de la lesión. El seguimiento posterior de los mismos en la etapa de tratamiento y evolución fue fraccionada e incompleta dadas las dificultades con que se tropieza habitualmente.

Sirviéndonos de la experiencia acumulada en la casuística nos permitiremos efectuar consideraciones que creemos de interés y que hacen al aparentemente fácil y a la vez difícil diagnóstico del cáncer de la próstata.

MÉTODO:

Los 120 pacientes provenientes de la consulta hospitalaria fueron evaluados a través de cuatro parámetros fundamentales. En primer término, como maniobra semiológica, el *tacto rectal de la próstata* describiéndose su tamaño, forma, superficie, bordes, consistencia, sensibilidad y movilidad.

En segundo término la determinación de la *fosfatasa ácida del suero*, efectuada por diversos procedimientos, tales como el método de King Armstrong (VN: de 0 a 4 unidades); de Bodansky (VN: de 0,5 a 1 unidad); de Delta (VN: 0,28 a 0,65 unidades), y de Gutman y Gutman (VN: para la total hasta 5 unidades y para la fracción prostática hasta 0,6 unidades).

El *estudio radiológico del esqueleto* investigando la presencia de metástasis se efectuó en todos los casos por placas de la pelvis ósea y de la columna se efectuó en todos los casos por placas de la pelvis ósea y de la columna dorso lumbar. Cuando la sintomatología así lo requería se completó con placas de columna cervical, parrilla costal, cadera, huesos largos, etc.

Por último, el *examen histopatológico* del tejido prostático, obtenido por biopsia o proveniente de las piezas operatorias. En los casos operados considerados clínicamente como hipertrofias adenomatosas de la glándula se practicaron sistemáticamente cortes seriados.

La biopsia de la próstata se efectuó en la gran mayoría por punción transrectal con la aguja de Vim-Silverman-Franklin, bajo anestesia local. El resto se efectuó por resección transuretral o por vía perineal a cielo abierto bajo anestesia peridural.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

La máxima incidencia de la neoplasia (29,2 %) se observó entre los 70 y 74 años de edad, encontrándose el 66,6 % de los mismos comprendidos entre los 65 y 79 años de edad.

Nos abocaremos en primer término al análisis del diagnóstico histopatológico. Sobre un total de 120 cánceres, 86 casos (71,6 %) fueron diagnosticados por biopsia y 36 casos (28,4 %) por el examen de las piezas operatorias.

La biopsia de la próstata se obtuvo en 78 pacientes por punción transrectal, en 5 pacientes por resección transuretral, y por vía perineal a cielo abierto en 3 oportunidades.

Durante el lapso de 15 años se efectuaron 130 biopsias por la vía transrectal en un total de 113 pacientes, con un alto índice de positividad (76,1 %) en las próstatas clínicamente sospechosas. Las complicaciones observadas con este procedimiento (3 %) fueron mínimas y consistieron en la perforación vesical, la infección urinaria, la hematuria leve y la proctorragia de escasa importancia. Los resultados enunciados demuestran la bondad del método utilizado a pesar de las objeciones que puedan esgrimirse en su contra.

La histología de los cortes seriados efectuados sistemáticamente en las 34 piezas operatorias reveló en 19 de ellos (15,8 %) la existencia de un nódulo carcinomatoso en una adenomatosis prostática, también denominado como carcinoma oculto, latente, focal o histológico no revelable clínicamente.

Los 15 casos restantes (12,5 %) demostraron carcinomas infiltrantes de fibroadenomiomas de la próstata, haciendo constar que la mayoría permitió un plano de clivaje aceptable al cirujano.

En 4 pacientes a los que anteriormente se les había practicado una adenomectomía por vía suprapública se le diagnosticó años después por la punción biopsia de la próstata un carcinoma infiltrante. Se puede interpretar este proceso como el desarrollo posterior de una neoplasia en el tejido prostático residual (laseudocápsula y el lóbulo posterior) o a la evolución de un proceso ya existente en el momento de la intervención. De ahí surge la necesidad de efectuar una toma biopsia de laseudocápsula cuando el cirujano no tenga la certeza de un buen plano de clivaje.

El conocimiento de estos datos nos permite comprobar que el tacto rectal solamente reveló concordancia con la histología en 86 pacientes (71,6 %). Si del total de 120 casos excluimos los 19 carcinomas histológicos que obviamente no alteran las características físicas de la glándula, la concordancia entre el tacto sospechoso y la histología se eleva a un 85,1 %. Únicamente en dos observaciones el tacto presentaba la característica de un nódulo duro, pequeño, bien delimitado y con la próstata móvil.

Podemos entonces afirmar que si bien el tacto rectal como maniobra semiológica sólo da una información subjetiva y personal, su sencillez e inocuidad hacen que deba ser practicado por dos o más médicos en un mismo enfermo para determinar las características.

La diversidad de métodos y valores empleados por los laboratorios en la determinación de la fosfatasa ácida del suero, tornan difícil su interpretación como parámetro. A pesar de ello se pudo establecer que se encontraba elevada por encima de los valores en 45 casos (37,5 %) y dentro de los límites normales en el resto, incluidos todos los casos en que fueron intervenidos con diagnóstico de hipertrofia de la próstata y donde la histología demostró un cáncer.

En 12 pacientes (10 %) la fosfatasa ácida se encontraba elevada sin presentar evidencias clínicas de metástasis.

El examen radiológico del esqueleto mostró imágenes compatibles con metástasis óseas en 39 pacientes (31,7 %), con predominio de localización en huesos propios de la pelvis y en vértebras lumbares, siendo la mayoría de tipo osteoblástica. Se acompañaban en 33 casos (84,6 %) de elevación de la fosfatasa ácida del suero, manteniéndose las cifras normales en el resto.

Con los elementos de juicio aportados por el tacto rectal, el dosaje de la fosfatasa ácida, la existencia o no de metástasis óseas y el diagnóstico histopatológico, nos permiten encasillar los casos enunciados, en los distintos estadios de la clasificación aprobada por la Organización Mundial de la Salud. Así podremos apreciar que en el *estadio I* se encuentran comprendidos los 19 pacientes con carcinoma histológico. El *estadio II* comprende a los 15 pacientes cuyo diagnóstico se efectuó sólo por el examen de la pieza operatoria, pues los parámetros evaluados no evidenciaban el cáncer, y a los 2 pacientes en los que el tacto rectal demostró un nódulo duro, pequeño, bien delimitado y con la próstata móvil. Dentro del *estadio III* están comprendidos los 39 casos que no presentaban elevación de la fosfatasa ácida del suero ni evidencia de metástasis ósea, y por último, los restantes 45 enfermos corresponden al *estadio IV*.

CONCLUSIONES:

Sobre un total de 843 tumores de la próstata, operados o biopsiados, se diagnosticaron 723 hipertrofias benignas y 120 carcinomas, representando éstos el 14,2 % de los tumores de la glándula prostática en nuestra casuística.

Aproximadamente el 30 % de las observaciones se encontraban comprendidas entre los 70 y 74 años de edad.

La incidencia del desarrollo de una neoplasia sobre el tejido prostático residual a una adenomectomía fue del 0,5 %, oscilando el periodo de presentación entre los 3 y 6 años de la intervención quirúrgica.

La concordancia observada entre una próstata sospechosa al tacto rectal y la histología fue del 71,6 % de los casos, mejorando este porcentaje a un 85,1 % al excluir los carcinomas ocultos no revelables clínicamente.

La valoración de los pacientes con los distintos parámetros no permitió en un 28,4 % arribar a un diagnóstico clínico del cáncer, porcentaje relativamente alto pero que concuerda con las observaciones de distintos autores.

La técnica de elección seguida para la realización de la biopsia de la próstata fue la punción por la vía transrectal por ser ésta de fácil realización, de una baja incidencia de complicaciones (3 %) y bien tolerada por el paciente.

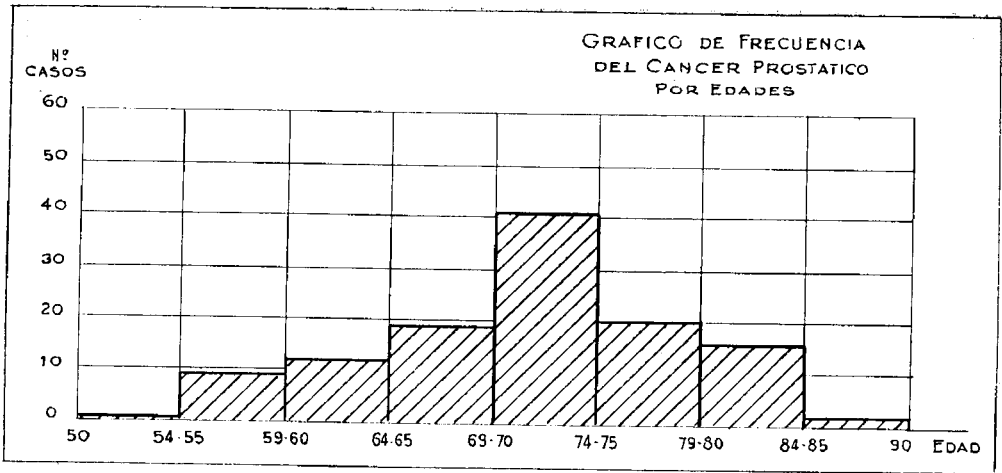
En nuestra serie solamente 2 pacientes, el 1,6 % de los estudiados, fueron pasibles de la cirugía radical.

Queda evidenciado a través de la metodología empleada en el estudio de estos pacientes, que el cáncer fue diagnosticado en un estadio que excede las posibilidades quirúrgicas.

De lo anteriormente expuesto surge la necesidad de efectuar en la población por encima de los 50 años de edad, el tacto rectal de la próstata en forma rutinaria y periódica a los efectos de una detección precoz del cáncer en sus estadios iniciales.

RESUMEN:

Se presenta la experiencia recogida por la revisión de 120 casos de cáncer de la próstata y una evaluación de las pautas diagnósticas.



| | | | | |
|--|---------------------|---|--|----|
| 120 DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DE CANCER DE LA PROSTATA | 86 BIOPSIA (71.6 %) | } | PUNCION POR VIA TRANSRECTAL | 78 |
| | | | RESECCION ENDOSCOPICA | 5 |
| | 34 CIRUGIA (28.4 %) | } | PERINEAL A CIELO ABIERTO | 3 |
| | | | CARCINOMA HISTOLOGICO | 19 |
| | | | (OCULTO) (15.8 %) | |
| | | | CARCINOMA INFILTRANTE DE FIBROADENOMIOMA | 13 |
| | | | (12.5 %) | |

PUNCION POR VIA TRANSRECTAL

| <i>Biopsia:</i> | <i>Fibroadenomiomas</i> | <i>Carcinomas</i> | <i>T</i> |
|-----------------------|-------------------------|-------------------|-----------|
| CON TEJIDO PROSTATICO | 28 | 85 | 113 |
| SIN TEJIDO PROSTATICO | — | — | 17 |
| | | | TOTAL 130 |

COMPLICACIONES OBSERVADAS

| | | |
|---------------------|---|---------------------|
| PERFORACION VESICAL | } | TOTAL 4 CASOS (3 %) |
| INFECCION URINARIA | | |
| HEMATURIA LEVE | | |
| PROCTORRAGIA LEVE | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| VALORES NORMALES DE LA FOSFATASA ACIDA DEL SUERO | } | METODO DE KING ARMSTRONG | 0 a 4 u |
| | | METODO DE GUTMAN Y GUTMAN | Tot. HASTA 5 u FRAC. PROSTATICA HASTA 6 u |
| | | METODO DE BODANSKY | 0.5 a 1.0 u |
| | | METODO DELTA | 0.28 a 0.65 u |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------|---|---------------------|-----------|
| VALORES OBTENIDOS DE FOSFATASA ACIDA | } | NORMAL 75 (62.5 %) | } | SIN METASTASIS OSEA | 69 |
| | | | | CON METASTASIS OSEA | 6 (5 %) |
| | } | ELEVADA 45 (37.5 %) | } | SIN METASTASIS OSEA | 12 (10 %) |
| | | | | CON METASTASIS OSEA | 33 |

Nuevo uroantibiótico de amplio espectro



2 Principios activos:

TERIZIDONA * y Fenazopiridina

2 Acciones terapéuticas:

Antibacteriana y analgésica

2 Puntos de ataque:

A nivel hemático y por acción tópica

Urocycline®

BRACCO

1° Unico efecto:

**Supresión efectiva de las
infecciones del tracto urinario**

* TERIZIDONA es la denominación internacional de la 1,4-bis-D-(3-oxo-4-isoxazolidinil-iminometil)-benceno, nuevo antibiótico desarrollado por Bracco Industria Chimica.

Envases con
12 cápsulas

laborado bajo licencia de BRACCO INDUSTRIA CHIMICA S.p.A., Milán, Italia, por



QUIMICA MONTPELLIER S.A.
LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES MEDICINALES
Virrey Liniers 667
Buenos Aires

"...el más efectivo remedio actualmente disponible contra la prostatitis".

Prof. Erik Ask-Upmark.

cernilton

*** (Cernitín)**

descongestivo con tropismo prostático específico.

DESCRIPCION:

Medicamento de origen natural con marcada acción descongestiva sobre glándulas y órganos, especialmente sobre la inflamación de próstata. **No es un preparado hormonal.**

DOSIFICACION Y MODO DE EMPLEO:

6 a 8 comprimidos que preferentemente deben ser masticados, con el desayuno.

DURACION DEL TRATAMIENTO:

Según criterio médico de acuerdo a la evolución de la enfermedad.

TOLERANCIA:

ATOXICO, No se han observado efectos secundarios.

INDICACIONES:

Prostatitis - vesiculitis crónica - infecciones crónicas e inflamatorias - uretritis no específica - adenoma de próstata y cistitis.

PRESENTACION:

Envases de 100 comprimidos.

"El mecanismo de acción del Cernitín aún no ha sido aclarado pero puede considerarse comprobado un efecto descongestivo con marcado tropismo prostático específico y una capacidad para aumentar los mecanismos de defensa frente a las inflamaciones e infecciones en general". (Servicio de Urología del Hospital Italiano - Evaluación Clínica del Cernilton.)

LABORATORIOS A. B. CERNELLE VEGEHOLM - SUECIA

Representante exclusivo en la Argentina

LABORATORIOS TEMIS S. A. C. I. A.

Humberto 1º 1860 - Tel. 23 - 1809 - Capital Federal

* Principio activo del CERNILTON. El Cernitín es un extracto microbiológico de polen seco, que contiene diversos principios vitales: 21 aminoácidos distintos, lípidos, glúcidos, fosfolípidos, un pequeñísimo porcentaje de estrógenos, enzimas, DNA, RNA, vitaminas (no vitamina B.12) y minerales.

| | | |
|---|--|--|
| EXAMEN RADIOLOGICO DEL ESQUELETO | SIN EVIDENCIA DE METASTASIS 81 (68.3 %) | { CON FOSF. ACIDA NORMAL 6 CON FOSF. ACIDA ELEVADA 33 |
| | CON EVIDENCIA DE METASTASIS 39 (31.7 %) | |

CLASIFICACION DEL CANCER DE LA PROSTATA
(O. M. S.)

| ESTADIO TACTO RECTAL FOSFATASA ACIDA METASTASIS OSEA | (Suero) | (Rx) | Observaciones |
|--|---------|-------|---------------|
| I NO HAY ENDURECIMIENTO | NORMAL | 0 | 19 |
| II NODULO LOCALIZADO | NORMAL | 0 | 17 |
| III EXTENSION EXTRAPROSTATICA | NORMAL | 0 | 39 |
| IV NODULO Y/O EXT. EXTRAPROSTATICA | ELEVADA | + | 45 |
| | | TOTAL | 120 |

DISCUSION

Un Concurrente. — ¿Cuáles son las indicaciones de la biopsia quirúrgica de la próstata por vía perineal?

Dr. Seoane. — Quisiera preguntar al doctor Fredotovich si en los 120 casos de cáncer de próstata había otras localizaciones metastásicas que no fueran las óseas.

Dr. Scorticati. — Desearía saber del comunicante si del estudio sistemático practicado ha recogido el sitio de origen del tumor prostático, si ha dado importancia al estudio histopatológico, al grado de diferenciación del tumor y cuál es la conducta que tienen en el servicio al que pertenece en esos procesos carcinomatosos.

Sr. Presidente (Dr. Pagliere). — Quisiera hacerle al doctor Fredotovich las siguientes preguntas:

1º) Cómo estableció la existencia de la perforación vesical al practicar la biopsia.

2º) Hizo referencias a las ventajas de la biopsia de la cápsula prostática, pero no recuerdo que haya hecho mención sobre con qué frecuencia se practicó la biopsia de dicha cápsula.

3º) Por último, si para la determinación de la existencia de las metástasis óseas agregó en algún caso, la biopsia ósea.

Dr. Fredotovich. — En primer lugar, sobre si consideramos oportuno efectuar una biopsia de la próstata por vía perineal a cielo abierto, diré que se realizaron en tres oportunidades en el Hospital Penna y las condiciones requerían que fuera en pacientes en los que podría comprobarse la existencia de una neoplasia con una biopsia por congelación o una eventual prostatectomía total.

Desafortunadamente, en uno de los casos no pudo practicarse la biopsia por congelación y el tratamiento fue diferido.

En los otros dos casos en que se realizó la biopsia por vía perineal a cielo abierto, el resultado fue negativo y las biopsias por vía transrectal fueron positivas.

Con respecto a si existe alguna indicación precisa, entiendo que fue tomada en el Servicio como cuestión de rutina para comprobar qué resultados podía obtenerse con la biopsia.

En cuanto a si encontramos otras lesiones que no fueran las óseas, si, se encontraron localizaciones ya sea a nivel hepático, metástasis cerebrales y metástasis intramedulares, dentro del canal raquídeo.

El doctor Scorticati hizo una pregunta sobre la localización en los cortes seriados y el sitio de origen del tumor. Es muy difícil establecerlo porque la adenomectomía generalmente corresponde a los lóbulos laterales y los lóbulos medios. En los lóbulos medios no se encontró ningún carcinoma, si en los laterales.