
Adenocarcinoma de próstata en menores de 50 años. Evaluación de 32 pacientes.

DR. TURINA, E.G.

RESUMEN: El adenocarcinoma de próstata es una neoplasia poco frecuente en menores de 50 años. Se presentan 32 pacientes con esta patología, con estadíos avanzados. La mayoría llegó a la consulta por síntomas de la neoplasia, tenían, histología pobremente diferenciada y presentaban lesiones óseas metastásicas. La mejor evolución fue hallada en los pacientes que consultaron por examen físico de rutina y en los que tenían histología bien diferenciada.

En pacientes jóvenes, el cáncer de próstata parece desdiferenciarse y diseminarse en forma más acelerada, por lo que las campañas de salud preventiva, proponen el examen urológico de rutina como la única posibilidad actual de mejorar los resultados terapéuticos cuando se arriba a este diagnóstico.

(Rev. Arg. de Urología. Vol. 58 - Pag Nº 152 - Año 1993)

Palabras clave: Próstata; Adenocarcinoma de próstata en menores de 50 años.

INTRODUCCION

El adenocarcinoma de próstata es la segunda causa de mortalidad por cáncer en el hombre ¹. La falta actual de conocimientos sobre su etiopatogenia, sumado a la mayor expectativa de vida de la población, probablemente origine en los próximos años, que ésta sea la neoplasia más frecuente, en la medida que la vastamente conocida relación causal entre el tabaquismo y el carcinoma bronquial, permita reducir la incidencia de ese tumor.

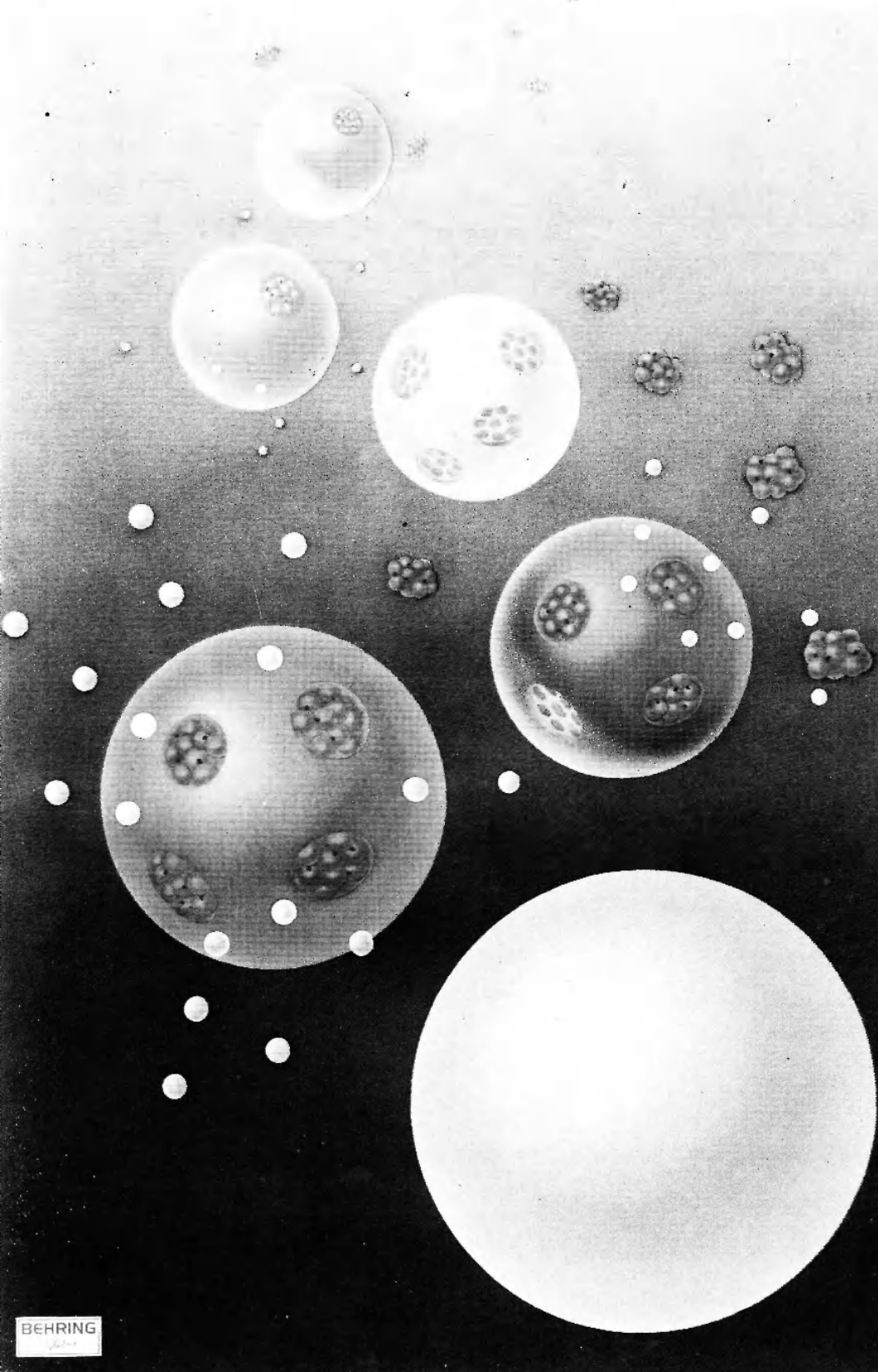
En 1983, 80.000 nuevos casos de cancer de próstata fueron diagnosticados en los Estados Unidos de Norteamérica ², la mayor parte en estadíos avanzados, por lo tanto, incurables. La frecuencia en su presentación es sólo ligeramente mayor en la raza negra que entre los blancos. Por el contrario, en Japón se verifican estadísticas con una significativa menor frecuencia de la neoplasia ⁴.

En Argentina, no contamos en nuestros días con estadísticas que nos permitan afirmar la incidencia exacta del cáncer prostático, pero su frecuente presentación hace de esta patología un tema habitual de discusión entre nuestros urólogos y oncólogos.

Bernstein Hahn publicó ⁵, a comienzos de la década del '60, un estudio del que formó parte como médico residente, efectuando entre una extensa población en Bowery, Nueva York. En el mismo, informaba una presentación mayor del 10% de carcinoma de próstata entre la población masculina mayor de 45 años, cuando se realizaron biopsias perineales en pacientes asintomáticos y sin evidencias de la enfermedad por examen físico. Esta alta tasa supera largamente la de los pacientes que llegan a desarrollar la neoplasia en forma aparente, pero desconocemos qué factores ocurren para que se produzca su desarrollo.

En menores de 45 años, por el contrario, el estudio desaconsejaba este tipo de búsqueda sistemática de la

(*) Premio Pagliere, Año 1988



1. El hipotálamo secreta LHRH que se une a los receptores hipofisarios.

Cada hormona se une a un receptor de la célula (complejo hormona - receptor).

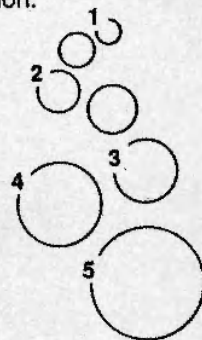
2. Se produce la **síntesis proteica** induciendo la liberación hipofisaria de FSH y LH.

3. Si un agente artificial -superagonista-LHRH como **SUPREFACT®** se une a la célula, se logra una mayor permanencia y potencia del proceso anterior.

4. Este proceso, es decir, una **gran estimulación** de la célula mediante dosis permanentes de **SUPREFACT®** hace que ...

5. ... la célula se protege a sí misma regulando la cantidad de receptores.

Suprime así la producción y secreción de testosterona en los testículos reduciéndola a niveles de castración.



CATIZ PLUS



***Tratamiento integral de la hipertrofia
prostática benigna.***

CATIZ PLUS

■ *Serenoa Repens* 160mg ■ *Pygeum Africanum* 50mg

Antiadenomatoso prostático de primera elección

Presentación:
Envase conteniendo 30
comprimidos recubiertos.

VOLPINO

VOLPINO
LABORATORIOS

patología, por ser muy infrecuente. En 1986, Muzio publicó su tesis de doctorado, en la que realizó una extensa revisión del tema, con sus experiencias personales y con el aporte bibliográfico de decenas de publicaciones de autores nacionales y centenares de extranjeros, incluyendo desde los conocimientos históricos hasta los diversos tratamientos experimentados hasta la fecha ⁶.

En el curso del corriente año 1988, la mayoría de los aportes presentados para su lectura en las reuniones científicas de la Sociedad Argentina de Urología, han estado referidos a esta temática.

Entre los menores de 50 años, el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata es poco habitual ⁷. La revisión bibliográfica nos permite encontrar, entre los estudios más extensos, una frecuencia entre 0,8 ⁸ y 1,1% ⁹ de pacientes menores de 50 años entre el total de afectados por adenocarcinoma prostático.

De todas formas, la posibilidad de hallar diferencias biológicas en la neoplasia, en los más jóvenes, ha sido objeto de interés para numerosos investigadores.

En 1965, Tjaden y colaboradores ⁹ publicaron una casuística que incluyó 56 pacientes, y en los que la evolución sugería una mayor virulencia de la neoplasia en los jóvenes, habiendo superado sólo el 12,5% de los enfermos los 5 años de supervivencia (incluyendo todos los estadios). En el mismo año, Rosenberb y colaboradores ¹⁰ consideraron que existía una relación inversa entre edad y virulencia, por lo que pensaban que el pronóstico de vida era superior en los más viejos.

Cook y Watson ¹¹, en 1969, y Jhonson, Lanieri y Ayala, en 1972, ¹², publicaron conclusiones similares que coincidían con el concepto de mayor agresividad a menor edad, Catalonia y scott ¹³, en 1979, recogiendo otras publicaciones-Bagshaw y colaboradores ¹⁴, si bien referida a menores de 60 años, Hanash y colaboradores ¹⁵, Belt y Schroeder ¹⁶, informaban que la mayor parte de la literatura por ellos considerados sugerían una mayor letalidad en los más jóvenes.

Por el contrario, en una extensa serie presentada por Byar y Mostofi, en 1969 ⁸, encontramos una mejor supervivencia entre el grupo de pacientes menores de 50 años. En esta publicación, los autores refieren a su vez a una presentación de Witmore, en 1963, ¹⁷, en la que éste encontraba mayor tasa de mortalidad por cáncer prostático en los más ancianos. En la misma publicación, también citan un estudio realizado por Halpert y asociados ¹⁸; en este caso se trata de autopsias con hallazgo de cáncer de próstata, hallando neoplasias más difusas en forma proporcional al incremento de la edad, aunque sin poder determinar en cuántos casos de tumor focal, frecuente en los más jóvenes de su serie, se hubiera producido un avance de la patología.

También Huben, Murphy y colaboradores, en 1982 ¹⁹, publicaron una tasa de mejor supervivencia entre los más

jóvenes, y Cochran y Kadesky, en 1981, ²⁰, mostraron una pequeña estadística pero con excelentes resultados entre sus pacientes de menos de 50 años.

Por todo lo expuesto, he considerado de interés realizar un estudio en menores de 50 años, entre los pacientes que, con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata, ingresaron a alguno de los protocolos de estudio que están realizando desde 1982, Labrie y colaboradores, en el Centro Hospitalario de la Universidad Laval, en Québec, Canadá.

MATERIAL Y METODOS

Se evaluaron los 32 pacientes con adenocarcinoma de próstata histológicamente probado antes de cumplir la edad de 50 años, que iniciaron un protocolo de tratamiento en el Centro Hospitalario de la Universidad Laval, en Québec, Canadá, bajo la dirección del Profesor Dr. Fernand Labrie. El ingreso al tratamiento se produjo entre marzo de 1982 y enero de 1987, período en el que comenzaron la terapia en este Centro un total de 1296 paciente.

Las evaluaciones de las respuestas objetivas al tratamiento fueron realizadas hasta julio de 1987, y de acuerdo a los criterios de la National Prostatic Cancer Project (NPCP) ²¹.

El tratamiento realizado se basa en la combinación del antiandrógeno Flutamida, por vía oral, 250 mg diarios tres veces al día, más la castración realizada por medios quirúrgicos o químicos; en este último caso se utiliza un análogo del factor liberador de la hormona luteinizante (LHRH), (D-Trp⁶,des-Gly-NH₂¹⁰)LHRH ETILAMIDA, 250 ug diarios sc. ²² 12 pacientes no habían recibido terapia hormonal previa cuando comenzaron este protocolo. Entre ellos, 10 presentaban un estadio D2 -en 2 de los pacientes el estadio D2 fue realizado por presentar biopsias de ganglios alejados positivos aunque no tenían lesiones óseas-. Otro de los pacientes se encontraba en estadio D1, y el 12º en estadio C con fosfatasa prostática elevada. De los 10 pacientes en estadio D2, 4 habían sido tratados con resección transuretral, 1 con prostatectomía radical -23 meses antes de detectarse su progresión-, y 2 pacientes habían sido tratados con cobaltoterapia, hallándose en estadio C, pero habían sufrido progresión al estadio D2 en 6 y 24 meses respectivamente.

Los otros pacientes ya habían recibido medicación hormonal y/u orquiectomía bilateral, entre 15 días y 39 meses previos a su ingreso a este protocolo. 19 de los pacientes se encontraban en estadio D2 y en estadio C.

Previo al comienzo de su terapia combinada, los 32 pacientes tuvieron una completa evaluación clínica, urológica, bioquímica y radiológica. La evaluación inicial incluyó su historia clínica, examen físico, centello-

grafía ósea total, ecografía abdominal, radiología simple de tórax y de otras regiones óseas, y en algunos casos tomografía axial computada abdominopelviana.

Una evaluación similar fue realizada a los 3, 6 y 12 meses y luego cada semestre, utilizando los criterios de la HTCP para evaluar la respuesta objetiva al tratamiento. Se consideró respuesta positiva la estabilización, regresión parcial o total, en cada visita. No fue posible determinar en todos los pacientes que ya estaban previamente recibiendo alguna terapia hormonal, si se encontraban en progresión o con una respuesta favorable. 8 de los pacientes llevaban sólo entre 15 días y 4 meses de tratamiento hormonal previo, pero aún en estos casos en la mayoría parecía no haber ninguna respuesta objetiva positiva a su primera terapia.

RESULTADOS

A) Motivo de consulta: (cuadro N° 1)

De los 32 pacientes, 7 eran menores de 45 años y 3 entre éstos, menores de 40 años, al momento del diagnóstico.

27 pacientes consultaron por síntomas ocasionados por la neoplasia" 15 presentaban trastornos miccionales ("Prostatismo"), 3 consultaron por retención aguda de orina, 1 por hematuria (en este enfermo se halló concomitantemente un carcinoma vesical), 1 por dolor en las erecciones; 2 pacientes se presentaron con síntomas de anemia (se encontró secundaria a infiltración ósea tumoral), 4 por tener dolores óseos (en todos los casos originados por metástasis) y 1 paciente tenía signos neurológicos por compresión medular.

Entre los 5 pacientes cuyo motivo de consulta no estuvo relacionado con la neoplasia, 4 concurren por examen físico de rutina y 1 por hemorroides, si bien en este último enfermo existían síntomas de prostatismo.

CUADRO N°1	
MOTIVO DE CONSULTA	
PROSTATISMO	15
RETENCION AGUDA	3
HEMATURIA	1
DOLOR EN ERECCION	1
DOLOR OSEO	4
ANEMIA	2
COMPRESION MEDULAR	1
HEMORROIDES	1
EXAMEN FISICO	4

B) Histología: (ver cuadro N° 2)

El grado histológico fue informado en 31 de los pacientes. El tejido era pobremente diferenciado en 19 (61%), medianamente diferenciado en 9 (29%), y bien diferenciado en sólo 3 pacientes (10%).

	CUADRO N° 2		
	HISTOLOGIA AL MOMENTO DE EFECTUARSE EL DIAGNOSTICO		
	BIEN DIFERENCIADOS	MODERADAMENTE DIFERENCIADOS	MAL DIFERENCIADOS
TOTAL	3	9	19
D2	1	4	15
D1	1	1	2
C	1	4	1
B	-	-	1

C) Evolución:

1) Bien diferenciados (3 pacientes): (ver cuadro N° 3)

En 2 de ellos el motivo de consulta fue examen físico de rutina. Uno de ellos fue hallado en estadio clínico C, siendo tratado con radioterapia: a los 44 meses tuvo progresión de estadio D2. El otro paciente fue estadificado "D1" en la exploración ganglionar previa a la protastectomía radical -entonces no realizada-. Se le practicó braquiterapia, progresando al estadio D2 45 meses más tarde.

Los 2 pacientes realizaron entonces hormonoterapia. En el primero de los descriptos, 16 meses más tarde continuaba vivo pero en progresión. El segundo paciente inició tratamiento hormonal 12 meses más tarde desde su diagnóstico de diseminación ósea, sobreviviendo otros 23 meses (80 meses de sobrevida desde el diagnóstico de la enfermedad).

El tercer paciente con histología bien diferenciada, consultó por prostatismo, pero ya presentaba dolores óseos y fue hallado en estadio D2. Inició el protocolo de terapia hormonal combinada, hallándose su regresión completa 36 meses más tarde.

2) Medianamente diferenciados (9 pacientes)" (ver cuadro N° 4)

Entre los 4 pacientes que fueron hallados en estadio D2 al momento del diagnóstico de la enfermedad, 3 habían fallecido antes de los 2 años de tratamiento. El cuarto se hallaba con respuesta objetiva estable, pero con un sólo año de evolución.

CUADRO N° 3

PACIENTE	MOTIVO DE CONSULTA	ESTADIO INICIAL	EVOLUCION
1	PROSTATISMO	D ₂	LHRH + FLUTAMIDA → 36 MESES → REGRESION COMPLETA
2	EXAMEN FISICO DE RUTINA	D ₁	I ₁₂₅ → 45 MESES → D ₂ → 12 MESES → COMIENZA HORMONO TERAPIA → 23 MESES → FALLECIDO
3	EXAMEN FISICO DE RUTINA	C	RADIOTERAPIA → 44 MESES → D ₂ → COMIENZA HORMONO TERAPIA → 16 MESES → PROGRESION

Otros 4 pacientes fueron estadificados en período "C" 2 comenzaron una terapia hormonal, hallándose en regresión luego de 74 y 15 meses, respectivamente. Los otros 2 pacientes realizaron como primer tratamiento

segundo implante, y a los 8 años fue hallado con lesiones óseas en el centellograma. Sin realizar aún otra terapia 17 meses más tarde presentó metástasis pulmonares, comenzando en ese momento una terapia hormonal y respondi-

CUADRO N° 4

PACIENTE	MOTIVO DE CONSULTA	ESTADIO INICIAL	EVOLUCION
1	PROSTATISMO		HORMONOTERAPIA → 74 MESES → REGRESION
2	PROSTATISMO	D ₂	HORMONOTERAPIA → 11 MESES → FALLECIDO
3	PROSTATISMO	C	RADIOTERAPIA → 5 MESES → D ₂ → HORMONOTERAPIA → 40 MESES → FALLECIDO
4	DOLOR EN ERECCION	D ₁	I ₁₂₅ → 72 MESES → I ₁₂₅ (2do. IMPLANTE) → 24 MESES → D ₂ → 17 MESES → HORMONOTERAPIA → 37 MESES → REGRESION PARCIAL
5	PROSTATISMO	C	HORMONOTERAPIA → 15 MESES → REGRESION
6	ANEMIA	D ₂	HORMONOTERAPIA → 23 MESES → FALLECIDO
7	PROSTATISMO	C	RADIOTERAPIA → 26 MESES → D ₂ → 4 MESES → LHRH + FLUTAMIDA → 12 MESES → REGRESION COMPLETA
8	HEMATURIA	D ₂	HORMONOTERAPIA → 8 MESES → FALLECIDO
9	DOLOR OSEO	D ₂	HORMONOTERAPIA → 12 MESES → ESTABLE

radioterapia: uno progresó a estadio D₂ en sólo 5 meses, falleciendo luego de un tratamiento hormonal antes de cumplir 4 años desde el diagnóstico inicial del tumor. El segundo paciente presentó progresión a los 26 meses (estadio D₂), realizó terapia hormonal combinada comenzando a los 4 meses del diagnóstico de progresión y se hallaba en regresión completa luego de 12 meses (evolución total de 42 meses).

El noveno paciente de este grupo, fue hallado en estadio D₁, a los 36 años de edad. Se le practicó radioterapia intersticial con I₁₂₅, a los 6 años se le realizó un

endo parcialmente, luego de 37 meses (evolución de 148 meses de diagnóstico de enfermedad).

3) Pobrementemente diferenciados: (19 pacientes) (ver cuadro N° 5)

15 pacientes de este grupo fueron hallados en estadio D₂ al momento del diagnóstico. Todos ellos presentaban síntoma de obstrucción urinaria y/o por las metástasis.

2 pacientes, por el contrario, fueron diagnosticados a partir de un examen físico de rutina: a uno de ellos con estadio clínico B, se le practicó una prostatectomía radical, pero a los dos años presentaba metástasis óseas.

CUADRO N° 5

PACIENTE	MOTIVO DE CONSULTA	ESTADIO INICIAL	EVOLUCION
1	PROSTATISMO	D2	LHRH + FLUTAMIDA $\xrightarrow{18 \text{ MESES}}$ ABANDONA TRATAMIENTO EN REGRESION COMPLETA (INTOLERANCIA?)
2	PROSTATISMO	D2	HORMONOTERAPIA $\xrightarrow{13 \text{ MESES}}$ FALLECIDO
3	PROSTATISMO	D2	LHRH + FLUTAMIDA $\xrightarrow{36 \text{ MESES}}$ REGRESION
4	PROSTATISMO	D2	HORMONOTERAPIA $\xrightarrow{16 \text{ MESES}}$ FALLECIDO
5	PROSTATISMO	D2	LHRH + FLUTAMIDA $\xrightarrow{15 \text{ MESES}}$ PROGRESION, COMIENZA QUIMIOTERAPIA
6	EXAMEN FISICO	D1	LHRH + FLUTAMIDA $\xrightarrow{18 \text{ MESES}}$ REGRESION
7	EXAMEN FISICO	B?	PROSTECTOMIA RADICAL $\xrightarrow{24 \text{ MESES}}$ D ₂ LHRH + FLUTAMIDA $\xrightarrow{18 \text{ MESES}}$ ESTABLE
8	DOLOR OSEO	D2	HORMONOTERAPIA $\xrightarrow{14 \text{ MESES}}$ PROGRESION
9	RETENCION URINARIA	D1	LHRH + FLUTAMIDA $\xrightarrow{8 \text{ MESES}}$ PROGRESION LOCAL
10	PROSTATISMO	D2	LHRH + FLUTAMIDA $\xrightarrow{12 \text{ MESES}}$ PROGRESION QUIMIOTERAPIA $\xrightarrow{6 \text{ MESES}}$ PROGRESION
11	RETENCION URINARIA	D2	HORMONOTERAPIA $\xrightarrow{9 \text{ MESES}}$ FALLECIDO
12	DOLOR OSEO	D2	HORMONOTERAPIA $\xrightarrow{7 \text{ MESES}}$ PROGRESION QUIMIO. $\xrightarrow{6 \text{ MESES}}$ PROGR.
13	ANEMIA	D2	HORMONOTERAPIA $\xrightarrow{8 \text{ MESES}}$ PROGRESION
14	DOLOR OSEO	D2	HORMONOTERAPIA $\xrightarrow{7 \text{ MESES}}$ FALLECIDO
15	COMPRESION MEDULAR	D2	HORMONOTERAPIA $\xrightarrow{7 \text{ MESES}}$ PROGRESION
16	HEMORROIDES	C	RADIOTERAPIA $\xrightarrow{6 \text{ MESES}}$ D ₂ LHRH + FLUTAMIDA $\xrightarrow{3 \text{ MESES}}$ PROGRESION
17	PROSTATISMO	D2	HORMONOTERAPIA $\xrightarrow{10 \text{ MESES}}$ PROGRESION
18	PROSTATISMO	D2	LHRH + FLUTAMINA $\xrightarrow{3 \text{ MESES}}$ ESTABLE
19	PROSTATISMO	D2	LHRH + FLUTAMIDA $\xrightarrow{12 \text{ MESES}}$ PROGRESION

Comenzó entonces una terapia hormonal combinada, a los 18 meses se encontraba con respuesta estable. El otro paciente, hallados con ganglios regionales positivos (estadio D1), comenzó una terapia hormonal combinada, a los 18 meses se encontraba con respuesta estable. El otro paciente hallado con ganglios regionales positivos (estadio D1), comenzó una terapia hormonal, con regresión hasta su último control al mes 18. Un tercer paciente, si bien fue diagnosticado a partir de un examen físico por consultar por hemorroides, tenía síntomas de prostatismo. Fue estadificado en etapa C, y comenzó radioterapia, progresando a estadio D2 en sólo 6 meses. Habiendo comenzado hormonoterapia, en un primer control, al tercer mes, se hallaba en progresión.

Un cuarto paciente, que llegó a la consulta con retención aguda de orina, fue estadificado en período D1. A los 6 meses de terapia hormonal, presentaba progresión local y deterioro del estado general. Entre los 15 pacientes hallados inicialmente en estadio D2, 1 paciente

presentó regresión completa hasta su control del mes 18, pero meses más tarde abandonó el tratamiento por razones no especificadas en la historia clínica (por efectos adversos referidos en sus visitas, probablemente haya sufrido intolerancia a flutamida).

Otro paciente en estadio D2 con ganglios positivos a distancia, sin lesiones óseas, evolucionaba en progresión al mes 36. Un tercer paciente sólo llevaba 3 meses de tratamiento, con respuesta objetiva estable. Los otros 12 pacientes hallados en estadio D2 al diagnóstico, presentaron progresión antes del mes 12 de terapia, y la supervivencia promedio era inferior a los 18 meses.

DISCUSION

Los resultados obtenidos deben ser observados con la precaución de haberse logrado en un centro de derivación para casos avanzados.

Pero aún así, se pueden elaborar algunas ideas, comparando estos resultados con otros resultados en la literatura, así como en el resto de los pacientes tratados en el mismo centro.

Los 32 pacientes representaban el 2,46% del total de los pacientes tratados. El porcentaje resulta elevado, seguramente en función de una actitud diferente en los más jóvenes de buscar nuevos tratamientos, con la esperanza de encontrar nuevos tratamientos. Publicados los primeros resultados obtenidos con la terapia combinada, hubo un importante ingreso de nuevos pacientes provenientes en particular de Estados Unidos. Entre los primeros 700 pacientes tratados en este, había 8 menores de 50 años. Pero antes de arribar a la cifra de 1300, eran 32. En cuanto la sintomatología y su correlación con la evolución. Byar y Mostofy informaron en 1969 ⁸ haber hallado 18 pacientes, entre un total de 51, por examen físico de rutina. Los diagnósticos en etapas iniciales puede haber sido la causa de sus conclusiones, cuando consideraron el adenocarcinoma de próstata menos agresivo en los más jóvenes. Estos autores encontraron que en los pacientes con histopatología bien diferenciada, la sobrevida a los 5 años había sido alcanzada por todos sus pacientes, excepto un fallecimiento por causas ajenas a la neoplasia. También informaron que ninguno de los pacientes hallados con metástasis al momento del diagnóstico habían superado los 40 meses de sobrevida, con una media muy inferior. Finalmente también correlacionaron la existencia de cualquier síntoma como elemento de mal pronóstico, aunque con menor significación que la presencia de metástasis.

Huben, Murphy y colaboradores ¹⁹, encontraron una sobrevida estadísticamente significativamente mayor, en estadio, en los menores de 50 años, comparados con un grupo control de todas las edades. Pero en la misma publicación, informaron que la presencia de metástasis al momento diagnóstico es más frecuente en los jóvenes.

Cochran y Kadesky ²⁰ informaron excelentes resultados a partir de una respuesta estadística, pero es de detectar que encontraron adenocarcinoma de próstata en menores de 50 años en un 4% de sus pacientes. Para llegar a tan alta proporción, partieron por biopsiar toda lesión prostática, aún con apariencia benigna. De esta manera, 10 de los 11 pacientes que encontraron menores de 50 años, se hallaban en estadio D1, tratándolos con cirugía radical.

Por el contrario, "Jaden y colaboradores" ⁹ sólo encontraron 7 entre 56 pacientes (12,5%), con sobrevida mayor de 5 años. Correlativamente, igualmente eran sólo 7 los pacientes con neoplasia limitada a la glándula, en tanto los otros 49 tenían extensión local o a la distancia al momento del diagnóstico.

En relación a los pacientes estudiados en esta presentación, podemos observar que entre los 3 pacientes

hallados a partir de un examen físico de rutina, 2 tenían tejido bien diferenciado y habían superado los 5 años de sobrevida. Los otros 2 pacientes, con histología pobremente diferenciada, no habían cumplido 5 años de evolución, pero sobrevivían con respuestas objetivas positivas. Ninguno de los 4 pacientes diagnosticados por examen físico fue hallado con metástasis a distancia.

En el otro extremo, de los 20 pacientes hallados con metástasis al realizar el diagnóstico, sólo 3 habían superado los 18 meses de sobrevida, con respuesta objetivamente positiva.

Con respecto a la histología, no encontré en la bibliografía consultada diferencias entre los menores de 50 años comparados con todos los pacientes en general. En esta presentación si podemos encontrar una proporción significativa: el 61% de los pacientes presentaron tejido pobremente diferenciado. En otro estudio que he efectuado en este mismo centro ²³, valorando pacientes en estadio D2, sin discriminar por edades, 44 entre 130 enfermos (34%) presentaron histología mal diferenciada. La diferencia resulta estadísticamente significativa ²⁴.

Por todo lo expuesto, parece poder correlacionarse una más frecuente histología pobremente diferenciada con una mayor frecuencia de metástasis al momento de efectuarse el diagnóstico, en los menores de 50 años, comparado con grupos de control de adenocarcinoma prostático. Con relación a la respuesta a los tratamientos, parecería encontrarse una mejor evolución de pacientes tratados con terapia hormonal combinada, pero el número de pacientes no es suficiente para profundizar conclusiones en esta presentación.

CONCLUSIONES

El análisis de la evolución de los 32 pacientes presentados en este estudio, no permite sacar conclusiones definitivas acerca del comportamiento biológico del adenocarcinoma prostático en menores de 50 años. Todos los cuadros analizados presentaban neoplasia avanzada, ya desde su diagnóstico, o bien producto de la progresión desde estadios menos avanzados, sin poder compararlos a otros pacientes que tratados con cirugía radical o radioterapia, en estadio B, no hayan progresado.

Sin embargo, podemos recoger muchos datos de valor si observamos otras casuísticas publicadas. Dos grandes corrientes de opinión se contraponen: la de aquellos que informaron que la menor edad estaba correlacionada con una mayor agresividad de la neoplasia prostática, y la de los que observaron una mejor sobrevida entre los pacientes menores de 50 años. Pero observando detenidamente la estadística aportada, podemos encontrar la causa de esta divergencia, y aquí es donde este estudio aporta conclusiones. Los autores que observaron una mejor

evolución en los más jóvenes, coinciden en el hallazgo de numerosos casos con neoplasia localizada, descubierta por examen físico de rutina en pacientes asintomáticos, y sometidos a cirugía radical. Las mejores condiciones para afrontar un tratamiento quirúrgico agresivo, y la mayor tendencia de los cirujanos a actuar con pretensiones curativas, en los más jóvenes, da como resultado una mejor sobrevida en este grupo de pacientes.

En este estudio, realizado en un centro que recibe casos avanzados para su terapia hormonal, se produce la selección de pacientes que habiéndose intentado cirugía radical, ya presentaban metástasis ganglionares (2 de los pacientes diagnosticados por examen físico) o bien un caso de un paciente que habiendo sido operado presentó metástasis 2 años más tarde.

Los autores que informaron mayor agresividad en los menores de 50 años, coinciden con estadísticas donde la mayor parte de los enfermos fueron hallados con enfermedad avanzada, al igual que en este estudio.

La conclusión es que no estamos con ideas contrapuestas: la síntesis resulta en que adenocarcinoma de próstata, en los menores de 50 años, es una enfermedad con mejor pronóstico que en edades más avanzadas, cuando se detecta en pacientes asintomáticos, y se trata agresivamente. Por el contrario, posiblemente por una evolución y una desdiferenciación celular más rápida, el cáncer prostático es una enfermedad con peor pronóstico cuando se detecta provocando cualquier tipo de síntomas.

Por lo tanto, a pesar de no ser de presentación frecuente, la búsqueda sistemática de un tumor inaparente, mediante el examen físico urológico, en grandes grupos poblacionales (preingreso laboral, chequeos periódicos de salud etc.), constituye la única arma con la que podemos esperar modificar el pronóstico de esta neoplasia.

Por el contrario, el uso de terapias de bloqueo antian-drogénico completo, aunque pudiera llegar a producir resultados ligeramente superiores a la castración o estrogenoterapia solas, no llega a modificar el peor pronóstico que caracteriza al adenocarcinoma de próstata avanzado, en los menores de 50 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Spirnak, J. I. and Resnick, M. I.: Clinical staging of prostatic cancer, Urol. C I. of N. Amer., 205. Vol II, N°2, Mey 1984.
2. Andriole, C. L. and Catalona, W. J.: Early diagnostic of prostate cancer, Urol. Cl. of N. Amer. 657, Vol 14 N° 4, November 1987.
3. Béruti, A. et Pouvier, B.: Cancer de la prostate, Encycl. Méd. Chir, Paris, Rein, 18560 A¹⁰, 2-1980.
4. Ballanger, R.: Diagnostic of traitment de cancer de la prostate, J. Urol. N°frol., 83:120-127, 1977.
5. Bernstein Hahn, León: Experiencia en el diagnóstico precoz del cáncer de próstata, Revista Argentina de Urología, 29-67, 1950.
6. Muzio, Alberto: Cáncer de Próstata, Tesis de Doctorado, Universidad de Buenos Aires, 1986.
7. Whitmore, W.F. Jr.: Natural History and staging of prostate cancer, Urol. Cl. of N. Amer., Vol II, N°2, May 1984.
8. Byar, D. and Mostofi, F. K.: Cancer of the prostate in men less thn 50 years old, J. Urol 102: 726, 1969.
9. Tjaden, H. B., Culp, D. A. and Flocks, R. H.: Clinical adenocarcinoma of the prostate in patients under 50 years of age, J. Urol. 93:618, 1965.
10. Rocenberg, S. E.: Is carcinoma carcinoma of prostate less serious in older men?, J. Am. Geriat. Soc. 13:791, 1965.
11. Cook, S. B. and Watson P. R. : A comparison by age of death rates due to prostate cancer alone, J. Urol. 100:669, 1969.
12. Johnson D. E., Lanieri J.P. and Ayala A. G.: Prostatic adenocarcinoma occurring in men under 50 years of age, J. Surg. Oncol.,4:207,1972.
13. Catalona W. I. and Scott W. W.: Carcinoma of the prostate, Campbell's Urology, Vol. 2, Fourth edition, 1089, 1986.
14. Bagshaw, M. A. and col.: External beam radiation therapy of primary carcinoms of the prostate, Cancer 36:723, 1975.
15. Hanash, K. A. and col.: Carcinoma of the prostate: A 15-year follow up, J. Urol. 107:450,1972.
16. Belt, B. and Schroeder, F. H.: Total perineal prostactectomy for carcinoma of the prostate, J. Urol. , 107:91, 1972.
17. Whitmore, W. F. Jr.: The rationale and results of ablative surgery for prostatic cancer. Cancer, 16:1119, 1963.
18. Halpert, B. and col.: Carcinoma of the prostate. A survey of 5000 autopsies. Cancer, 16:737, 1993.
19. Huben, R., Murphy, G. and col.: Carcinoma Of prostate in men less than 50 years old. Urology, Vol.. XX, number 6:585, 1982.
20. Cochran, J. S. add Kadesky, M. C.: A private practice experience with adenocarcinoma of the prostate in men less than 50 years old. J. Urol. 125:220, 1981.
21. Labrie, F., Dupont, A., Bélanger, A.: Complete androgen blockade for the treatment of prostate cancer. Important advances in oncology, Philadelphia:Lippincott, 193,1985.
22. Turina, Enrique: Adenocarcinoma de próstata, estadio D2, 130 pacientes tratados con castración química más flutamida. Aporte leído en la I Reunión Científica Anual de la Sociedad Argentina de Urología, mayo 1988