

ARTÍCULO ORIGINAL

Valor de la RTUP diagnóstica en cáncer de próstata de difícil diagnóstico

Leos-Gallego CA*

RESUMEN

Objetivo: Se presenta la experiencia en el Hospital General del ISSSTE en Hermosillo, Sonora. Conocer la utilidad de la resección transuretral de la próstata (RTUP) en el diagnóstico del cáncer de próstata.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes de 52 pacientes, los cuales fueron sometidos a RTUP diagnóstica en un periodo comprendido entre marzo de 1998 y marzo de 2007. Todos los pacientes sometidos a RTUP diagnóstica presentaban APE persistentemente elevados y dos series de biopsias prostáticas con resultados negativos.

Resultados: Del total de los 52 pacientes. Los resultados de patología reportaron cáncer de próstata en 14 casos (27%), el resto se reportó como HPB y prostatitis.

Conclusiones: La detección temprana de cáncer de próstata ha permitido al urólogo practicar cada vez más procedimientos quirúrgicos como la prostatectomía radical y ofrecerle al paciente expectativas de curación.

La RTUP diagnóstica para los casos en que se tenga antígeno persistentemente elevado y varias

ABSTRACT

Objective: To determine the usefulness of transurethral resection of the prostate (TURP) in diagnosing prostate cancer.

Materials and methods: In the ISSSTE General Hospital in Hermosillo, Sonora, 52 case records of patients having undergone diagnostic TURP from March 1998 to March 2007 were reviewed. All patients undergoing TURP had presented with persistently elevated prostate specific antigen (PSA) and two negative biopsy series.

Results: From a total of 52 patients, the pathology studies reported 14 cases (27%) of prostate cancer and the remaining cases were of benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostatitis.

Conclusions: Early prostate cancer detection has allowed surgical procedures such as radical prostatectomy to be carried out, offering the patient hope for treatment. Diagnostic TURP in patients presenting with elevated PSA and various negative biopsy series can be of great value in confirming the presence of cancer so that radical prostatectomy can be performed, resulting in treatment possibilities.

In our series the presence of cancer was confirmed in 27% of a total of 52 patients. Other series have shown confirmation in 4%, 30% and even 50% of patients studied. Therefore we consider TURP to be an alternative that should be taken into consideration under these circumstances

* Hospital General, ISSSTE, Hermosillo, Sonora.

Correspondencia: Puebla 28, Col. Centro, Hermosillo, Sonora. CP 83000, Tel. (662) 212-3282.

series de biopsias negativas, podría tener un gran valor, confirmando la presencia de cáncer y permitiendo realizar prostatectomía radical con posibilidades de curación.

En nuestra serie, se confirmó la presencia de cáncer en 27% de un total de 52 pacientes, que comparada con otras series que muestran cuatro, 30 y otras hasta 50% consideramos que es una alternativa que debe de tomarse en cuenta mientras no contemos con otros métodos más precisos para detectar cáncer de próstata en estas circunstancias.

Palabras clave: resección transuretral diagnóstica de la próstata, cáncer de próstata.

until other more precise prostate cancer detection methods become available.

Key words: Diagnostic transurethral resection of the prostate, prostate cancer.

INTRODUCCIÓN

A partir de la inclusión del antígeno prostático específico (APE), el ultrasonido transrectal y la toma de biopsias prostáticas por sextantes en el arsenal diagnóstico del urólogo, las posibilidades para lograr diagnósticos de cáncer en etapas más tempranas y con esto, la posibilidad de ser curados por cirugía radical se ha incrementado considerablemente.^{1,2}

Conjuntamente con el APE a finales de los ochenta, la biopsia transrectal por sextantes guiada por ultrasonido, fue considerada la vía de elección para obtener las muestras para un diagnóstico definitivo.

A mitad de los noventa, se empezó a ponderar la necesidad de mayor cantidad de fragmentos para encontrar la presencia de cáncer en aquellos casos en que el APE se muestra elevado, existiendo la sospecha de la presencia del mal, demostrándose mayor eficacia al tomar mayor cantidad de fragmentos (de 10 a 12 muestras), hasta llegar a lo que algunos autores llaman la biopsia por saturación, partiendo de la base en estos casos de que entre más muestras se tomen, más cáncer se encuentra.³

Sin embargo, hay un porcentaje importante de pacientes con antígenos elevados (entre 5 y 10 ng/mL la llamada zona gris del antígeno) sin presentar cambios al examen digital de la próstata y donde las biopsias resultan negativas. La elevación del APE no necesariamente indica la presencia de cáncer, pero es necesario estudiar al paciente para

descartarlo. En la actualidad, es clara la necesidad en estos pacientes de repetir una nueva biopsia en un tiempo prudente.

Pero, en pacientes con APE en progresiva elevación, ¿qué hacer en aquellos pacientes biopsiados por segunda y tercera ocasión que presentan resultados negativos?, ya que es difícil que el paciente acepte una nueva biopsia y finalmente termine perdiéndose o ausentándose del control médico, y al mismo tiempo, perdiendo la oportunidad de un diagnóstico a tiempo. No son pocos los pacientes que se diagnostican dos o tres años después cuando ya las posibilidades de curación se han perdido y sólo el manejo hormonal les permitirá vivir unos años más.

Desde que en 1969 McNeal,^{4,5} describió las zonas de la próstata, se sabe que no solamente en la zona periférica puede haber cáncer. Así, en la zona transicional, que es donde se origina la HPB, la incidencia de cáncer puede ir hasta 20%, y los hallazgos incidentales después de una RTUP, pudieran ir hasta 20%, asimismo, en la zona central, el porcentaje de cáncer pudiera variar de un 5-8%.

Cuando se realiza por primera vez una serie de biopsias en un paciente con APE entre 4-10 ng/mL y con tacto no sospechoso, la posibilidad de encontrar cáncer es de 25%.^{6,9} En la zona de transición, esta posibilidad es muy baja, de 0.6 a 2%. Sin embargo, cuando la aguja de biopsia se introduce pocos centímetros dentro de la glándula, se eleva considerablemente.⁷ Muchos de los cánceres de la

zona transicional se encuentran localizados anteriormente,^{8,9,10} y con frecuencia, los cánceres de la zona de transición son de bajo grado, por lo que las posibilidades de penetración de la cápsula y de dar metástasis, teóricamente son menores, lo que permitiría aun con niveles altos de APE, ofrecerles un tratamiento quirúrgico curativo.⁷

En estos casos la RTUP diagnóstica debería ser realizada. Neyra Argote en México, en el 2000, reportó la utilidad de la RTUP en casos clínicamente sospechosos de cáncer de próstata con biopsias transrectales negativas.¹¹

Desde entonces, no menos de 10 publicaciones al respecto han aparecido a nivel mundial, principalmente en Europa.^{7,12-14}

Se presenta la experiencia en nuestro hospital en un total de 52 pacientes en estas condiciones que fueron sometidos a RTUP después de realizarles biopsias repetidas con resultados de patología negativos a cáncer.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes de 52 pacientes los cuales fueron sometidos a RTUP diagnóstica por cursar con APE elevado, tacto rectal normal y dos series de biopsias prostáticas guiadas por ultrasonido transrectal negativas, en un periodo comprendido entre marzo de 1998 y marzo de 2007.

El APE en la mayoría de los pacientes fue mayor a 5 ng/mL, con un máximo de 12 ng/mL. Solamente nueve pacientes tuvieron APE mayor de 15 ng/mL, todos ellos con un periodo mayor de un año desde la última biopsia.

La totalidad de los pacientes recibieron tratamiento con antiinflamatorios, antibióticos y algunos con tamsulosina antes de la primera biopsia, persistiendo el APE elevado.

Desde 2003 se agregó la determinación de fracción libre del APE, con variaciones entre 11 y 20% en los últimos 20 casos.

RESULTADOS

Del total de los 52 pacientes, la edad media de presentación fue de 65 años, con un rango de 54 y 76 años. Los resultados de patología reportaron cáncer de próstata en 14 casos (27%), el resto se reportó como HPB y prostatitis.

A 10 pacientes se les practicó prostatectomía radical suprapúbica, con reporte histopatológico de adenocarcinoma con grado de Gleason 2+2 en tres pacientes (30%), seis pacientes más con Gleason siete (66%) y uno más con Gleason nueve (10%).

De éstos, tres tuvieron márgenes positivos. Los otros cuatro pacientes que no fueron operados presentaban avance de la enfermedad que contraindicaba la cirugía.

Llama la atención que en los pacientes en los que se determinó fracción libre entre 11 y 20%, no hubo diferencia, ya que encontramos casos positivos a cáncer en ambos casos.

CONCLUSIONES

La detección temprana de cáncer de próstata ha permitido al urólogo practicar cada vez más procedimientos quirúrgicos como la prostatectomía radical y ofrecerle al paciente expectativas de curación.

Sin embargo, no es infrecuente que un buen porcentaje de pacientes sospechosos de padecer cáncer en la próstata por presentar APE elevados, principalmente en la zona gris entre 4 y 10 ng/mL, tacto rectal normal al practicárseles biopsias guiadas por ultrasonido transrectal los resultados histopatológicos en uno o dos series de biopsias con intervalo incluso de meses resulten negativos.

La mayoría de estos pacientes van a perderse y seguramente regresarán en un lapso de dos a tres años con un cáncer avanzado y sin posibilidad de curación.

La RTUP diagnóstica para estos casos, podría tener un gran valor, confirmando la presencia de cáncer y permitiendo realizar prostatectomía radical con posibilidades de curación.

En nuestra serie, se confirmó la presencia de cáncer en 27% de un total de 52 pacientes, que comparada con otras series que muestran 4, 30 y otras hasta 50% consideramos que es una alternativa que debe de tomarse en cuenta mientras no contemos con otros métodos más precisos para detectar cáncer de próstata en estas circunstancias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Metlin C Gronberg Henrik. Prostate cancer epidemiology. *Lancet* 2003;361:859-64.

2. Murphy G, Ho R, Memck H. The national cancer data base report on longitudinal observations on prostate cancer. *Cancer* 1996;7:2162-6.
3. Brat O. The difficult case in prostate cancer diagnosis when is a diagnostic TURP indicated? *Eur Urol* 2006;49:769-71.
4. McNeal JE. Origin and evolution of benign prostatic enlargement. *Invest Urol* 1978;15:340.
5. Steuber T, Karakiewicz PI, Augustin H *et al*. Transition zone cancers undermine the predictive accuracy of partin table stage predictions. *J Urol* 2005;173: 737-41.
6. Irai J, Millet C, Levillain P, Begon F. Serum to urinary prostate specific antigen ratio : It's impact in distinguishing prostate cancer when serum prostate specific antigen level is 4 to 10 ng/mL. *J Urol* 1997;157: 185-88.
7. Puppo P, Introini C, Calvi P, Naselli A. Role of transurethral resection of the prostate and biopsy of the peripheral zone in the same session softer repeated negative biopsies in the diagnosis of prostate cancer. *Eur Urol* 2006;49:873-8.
8. Kitamura H, Masumori N, Tanuma Y *et al*. Does transurethral resection of the prostate facilitate detection of clinically significant prostate cancer that is missed with systemic sextant and transition zone biopsies? *Int J Urol* 2002;9:95-9.
9. Chen ME, Troncoso P, Tang K, Babaian RJ, Johnston D. Compararison of prostate biopsy scenes by computer simulation. *Urology* 1999;53:951-60.
10. Chappell B, McLoughlin J. Technical considerations when obtaining and interpreting prostatic biopsies from men with suspicion of early prostate cancer: part I & II. *BJU Int* 2005;95:1135-45.
11. Neyra Argote, Ramos Solano, Álvarez Nuño. Cáncer de próstata de difícil localización, metodología diagnóstica. *Rev Mex Urol* 2000;60:221-4.
12. Pelzer AE, Bektic J, Berger AP *et al*. Are transition zone biopsies still necessary to improve prostate cancer detection? Results from the tyrol screening project. *Eur Urol* 2005;48:916-21.
13. Philip J, Dutta Roy S, Scally J, Foster CS, Javle P. Importance of TURP in diagnosing prostate cancer in men with multiple negative biopsies. *Prostate* 2005;64:200-2.
14. Pryor MB, Schellhammer PF. The pursuit of prostate cancer in patients with a rising prostate-specific antigen and multiple negative transrectal ultrasound-guided prostate biopsies. *Clin Prostate Cancer* 2002; 1:172-6.