

**Boletín del  
Colegio Mexicano de Urología**

**Volumen**  
*Volume* **18**

**Número**  
*Number* **2**

**Abril-Junio**  
*April-June* **2003**




*Artículo:*

**Editorial.**




**Conceptos acerca de las biopsias  
transrectales**

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Colegio Mexicano de Urología, A.C.

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in  
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



**Medigraphic.com**



# Conceptos acerca de las biopsias transrectales

Jorge Moreno Aranda,\* Hugo F Wingartz Plata\*\*

\* Presidente del Colegio Mexicano de Urología AC.

\*\* Médico Urólogo adscrito al Servicio de Urología. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS.

Dirección para correspondencia:

Dr. Jorge Moreno Aranda

Camino a Sta. Teresa 1055. Consultorio 161, Col. Héroes de Padierna, Méx. D.F. Tel. 5568-7851

En relación a los marcadores en cáncer prostático se ha observado que el más útil continúa siendo el antígeno prostático específico (APE) producido por células del epitelio glandular y los ductos prostáticos, el APE es secretado en grandes cantidades en el semen pero en bajas concentraciones en la sangre, cuando la próstata se enferma como en la hiperplasia prostática obstructiva benigna HPOB.

Tradicionalmente se ha creído que cuando los niveles de APE se encuentran entre 4 y 10 ng/mL, existe un 25% de posibilidades de detectar cáncer en una biopsia, sin embargo hemos aprendido que repetidas y más extensas biopsias pueden llegar a detectar cáncer en cerca del 35 al 40%, incluso ahora sabemos que por lo menos 20% de los hombres con cáncer detectado tiene niveles menores a 4 ng/mL y que la mayor parte de ellos pudieran haber sido detectados tempranamente con el uso del antígeno prostático libre.

El estudio longitudinal Baltimore publicado recientemente sugiere que el descenso porcentual del APE libre en el tiempo es el primer signo de cáncer prostático y ocurre 10 años antes de que se diagnostique y como 5 años antes de que se eleve el APE total.

La velocidad del APE es útil cuando se eleva más de 0.75 ng por año, sin embargo tiende a fluctuar y las mediciones pueden tomar tiempo para mostrar una progresión del cáncer. La densidad del APE también es útil pero la medición requiere estudios de ultrasonido.

Tradicionalmente estamos decidiendo efectuar biopsias transrectales cuando la relación del antígeno prostático libre y total se encuentra por abajo del 15% y vigilar a nuestros enfermos cuando el antígeno total se encuentre en la zona gris (4 a 10) y la relación del

libre con el total esté por arriba del 15%, repitiendo los antígenos cada 3 meses. Nos hemos enfrentado a la preocupación que les provocamos a nuestros pacientes cuando les indicamos que deben repetir una biopsia que ha sido negativa por continuar con antígeno elevado y relación por abajo del 15%, aquí la pregunta sería: ¿Qué probabilidad existe de que en una segunda biopsia tenga cáncer o incluso en una tercera biopsia.

Es bien sabido que pacientes con antígeno entre 2.5 y 4 ng/mL del 22 al 25% pueden tener cáncer en la biopsia inicial, estos pacientes tienen oportunidad en 80% de tener enfermedad órgano confinada en comparación con los pacientes en que está entre 4 a 10 ng/mL, que tienen un 70% de enfermedad órgano confinada.

Los pacientes entre 4 y 10 ng/mL, que inicialmente tuvieron biopsia negativa pueden en una segunda biopsia (8 biopsias), volverse positivas hasta en un 35% y cuando se realiza una tercera biopsia hasta en un 17%, de tal manera que cuando el antígeno se encuentra en áreas sospechosas, con relación de antígeno prostático libre y total por abajo del 15%, debemos tener en mente la posibilidad de re-biopsiar a nuestros pacientes; más aún si hemos podido corroborar un descenso continuo del PSA libre, por supuesto que deberemos considerar efectuar mayor número de biopsias (un número aceptado son 10) aunque algunos autores han llegado a tomar 12, 14 e incluso 16 biopsias, nosotros sugerimos que se efectúen con anestesia general, con una buena protección antibiótica pre y post toma de biopsias.

Aquí surge la pregunta: ¿Hasta cuántas biopsias sería prudente repetir?, tomando en consideración que les causaremos molestias y un gran estrés a nuestros

pacientes, el Dr. Scardino comentaba recientemente en el congreso de la Asociación Urológica Americana (AUA), en Chicago que no más de tres cuando éstas han sido adecuadamente tomadas siendo la posibilidad de cáncer muy baja o nula; en esto aún existen controversias.

Conocemos bien casos en los que se han tomado 5, 6 o más biopsias que incluso han sido resecados y han continuado con los antígenos elevados. Siempre coincide con enfermos en los que reportan prostatitis crónica en próstatas habitualmente de más de 40 ó 50 gramos, en ellos lo recomendable puede ser efectuar una prostatectomía abierta, situación que les bajan el APE a cifras normales. Es importante tomar en cuenta esta posibilidad y hacer conciencia que algu-

no de nuestros enfermos los hemos enfermado de "antigenitis crónica", que los mantiene siempre angustiados y con la toma constante de antígenos y el estrés que esto trae consigo.

Finalmente se ha recomendado efectuar biopsias prostático-laterales con lo que parece aumentar la posibilidad de encontrar cáncer.

En resumen, en la actualidad las indicaciones para biopsia de próstata son en niveles de APE y/o el tacto rectal anormal. En el futuro el mejoramiento de los nuevos marcadores tumorales prostáticos ayudarán a una mejor selección para elegir a quién biopsiar.

La literatura ha demostrado que las técnicas extensivas de biopsias han demostrado la detección del cáncer de próstata.