

Artículo original

Patología prostática. Experiencia en el Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» ISSSTE

Karla Yolanda Meza Villalobos,¹ Carlos Beltrán Ortega,² Flor Angélica Díaz Zavala³

¹ Médico residente del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza».

² Médico adscrito al Servicio de Anatomía Patológica HRGIZ.

³ Médico Jefe del Servicio de Anatomía Patológica HRGIZ.

Resumen

Objetivo: Conocer y comparar la frecuencia de las dos patologías prostáticas más comunes que son hiperplasia nodular y cáncer prostático en nuestro hospital. **Material y métodos:** Revisión retrospectiva de los resultados obtenidos en patología, en un lapso comprendido de enero de 2000 a diciembre de 2004. **Resultados:** Se diagnosticaron un total de 1,065 (85.9%) casos de hiperplasia nodular, todos con prostatitis crónica inespecífica y 174 (14.0%) casos de cáncer prostático. El rango de edad en pacientes con hiperplasia prostática y prostatitis fluctuó entre 66 y 71 (Md 68.5) años, el cáncer se presentó en edades de 61 a 75 (Md 68) años. **Conclusión:** Se concluye que en nuestro medio, la hiperplasia nodular, es la patología prostática más frecuente en la práctica diaria, que se presenta con mayor frecuencia entre la sexta y séptima décadas de la vida y que el cáncer prostático ha incrementado su frecuencia en los últimos años.

Palabras clave: Próstata, hiperplasia nodular, carcinoma prostático.

Summary

Objective: To compare the frequency of the two more common prostate pathologies that are nodular hyperplasia and prostate cancer in our hospital. **Material and methods:** Retrospective revision of the results obtained in pathology, from January of the 2000 to December of the 2004. **Results:** A total of 1,065 (85.9%) cases of nodular hyperplasia, all these with non specific chronic prostatitis and a total of 174 (14.0%) cases of prostate cancer were found. The rank of ages in patients with hyperplasia and non specific chronic prostatitis fluctuated between 66 and 71 (Md 68.5) years and cancer was observed in ages of 61 to 75 (Md 68) years. **Conclusion:** One concludes, that in our medium, nodular hyperplasia is actually daily the most frequent pathology, and this appear between the sixth and seventh decade of the

life and that in the case of the prostate cancer has increased its frequency in the last years.

Key words: Prostate nodular hyperplasia, prostate carcinoma.

Introducción

Los únicos dos procesos patológicos que afectan a la próstata con suficiente frecuencia como para merecer consideración son la hiperplasia nodular benigna y el cáncer. De estas dos patologías, la más común es la hiperplasia nodular benigna, siendo tan frecuente en edades avanzadas que casi se interpreta como un proceso «normal» del envejecimiento.¹⁻³ Es un trastorno muy frecuente en los varones mayores de 50 años. Se caracteriza por la formación de voluminosos nódulos bien delimitados en la región periuretral de la próstata. Aunque no se conoce la causa, se sugiere que los andrógenos contribuyen a su aparición.

El carcinoma de próstata es la segunda neoplasia que afecta más comúnmente a los hombres.^{3,4} En México, el registro histopatológico de neoplasias de 1999 reporta que el cáncer de próstata representa 7% de las muertes por tumores malignos.^{5,6} En el examen microscópico, la mayor parte de los tumores son adenocarcinomas.⁶ Poco se sabe acerca de las causas del cáncer de próstata. Existen teorías que mencionan que determinados factores de riesgo, como la edad, la raza, la historia familiar, los niveles hormonales y las influencias ambientales pueden desempeñar algún papel. Sin embargo, no ha sido posible identificar los factores definitivos.⁷

El carcinoma de próstata se clasifica en grados y estadios, el sistema más utilizado, es el de Gleason, que se basa en el grado de diferenciación glandular y en el patrón de crecimiento del tumor en relación con el estroma.⁸⁻¹⁰

La mayoría de los carcinomas prostáticos se diagnostican con exactitud y sin dificultad mediante métodos anatomo-patológicos convencionales, no obstante existen patrones morfológicos de difícil diagnóstico. Afortunadamente

existen técnicas de inmunohistoquímica que permiten de una forma razonable diferenciar las lesiones malignas y benignas de la próstata, en las que es imposible obtener la certeza diagnóstica utilizando solamente, hematoxilina y eosina. La inmunohistoquímica se basa en la utilización de anticuerpos, la más comúnmente utilizada y confiable es Anti-keratina 34b-E 12 (keratina 903 de alto peso molecular) monoclonal específica, para células basales, que tiene a todas las células basales normales de la próstata. Se utiliza en casos de inflamación acinar, hiperplasia adenomatosa atípica, hiperplasia postatrófica, neoplasia intraepitelial de próstata y cáncer. Por consiguiente, la tinción de inmunohistoquímica para anti-keratina 34 b-E 12 ayuda a establecer un diagnóstico benigno o maligno.¹¹

Material y métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de un total de 1,239 resultados de muestras prostáticas del archivo del Servicio de Patología del Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza» del periodo comprendido de enero de 2000 a diciembre de 2004.

Estos resultados incluyeron todos aquellos especímenes de biopsias, resecciones transuretrales y piezas de prostatectomía, cuyas requisiciones contenían el nombre del paciente y edad. Se excluyeron todos aquellos resultados que no contaban con la edad. En este estudio se evaluó el número de muestras prostáticas estudiadas por año, clasificándolas según el diagnóstico en lesiones benignas y malignas, tipo de muestra, grupos de edades y total por año.

Resultados

En el periodo comprendido de enero del 2000 a diciembre del 2004 se estudiaron un total de 47,940 piezas quirúrgicas, de los cuales 1,239 fueron muestras prostáticas.

Se incluyen un total de 249 biopsias transrectales de la próstata, lo que representa un 0.51% del total de quirúrgicos. De éstas, 176 se diagnosticaron como hiperplasia glandular y fibromuscular y 73 como carcinoma prostático.

Durante estos mismos años se analizaron un total de 933 resecciones transuretrales de la próstata (RTU), que representa el 1.9% del total de quirúrgicos. De éstas, 845 fueron diagnosticadas como hiperplasia glandular y fibromuscular con prostatitis crónica inespecífica y 88 se diagnosticaron como carcinoma prostático.

Se estudiaron un total de 57 piezas de prostatectomía, lo que representa un porcentaje de 10.11% del total de quirúrgicos. De éstas, 43 se diagnosticaron como hiperplasia glandular y fibromuscular y prostatitis crónica inespecífica, 13 se diagnosticaron como carcinoma prostático y en el año 2002 se diagnosticó un caso de leiomioma prostático.

Discusión

El objetivo primordial de esta revisión es mostrar la frecuencia de las dos enfermedades prostáticas que se diagnostican más comúnmente en el Servicio de Patología de nuestro hospital, así mismo, conocer la edad en que se presentan. Es ya conocido, que la hiperplasia nodular, es la enfermedad prostática más común en nuestro Servicio; es la patología prostática que se diagnostica con mayor frecuencia, se presentó en edades que van de 66 a 75 años con una mediana de 70.5; según un estudio epidemiológico realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González de México, la hiperplasia prostática fue la enfermedad prostática más común y se presentó en un rango de edad de 60 a 80 años, con un promedio de 75.2.⁴ En un estudio realizado en el Hospital Barros Luco Trudeau, de Chile, reportan que en el 65% de los pacientes postoperados de RTU, el diagnóstico histopatológico fue hiperplasia prostática benigna más prostatitis crónica inespecífica, y que el 74% de los pacientes era mayor de 60 años.¹² Con lo anterior, observamos que en nuestro hospital la frecuencia de la hiperplasia prostática, se encuentra dentro de los parámetros reportados en la literatura.

La frecuencia de prostatitis es significativa, la literatura menciona que la mitad de los hombres sufren prostatitis durante alguna época de su vida.⁴ En el presente estudio, observamos que todas las muestras obtenidas por RTU presentaron prostatitis crónica inespecífica. Este porcentaje tan elevado de infecciones urinarias, puede ser explicado por el alto número de pacientes portadores de sonda Foley a permanencia en el preoperatorio.^{4,12}

El adenocarcinoma de próstata es la segunda neoplasia más común en el hombre, en México, representa 7% de las muertes por tumores malignos.^{5, 6} El 40% de los hombres mayores de 50 años tienen al menos un foco microscópico de cáncer en la próstata. Se estima que menos del 3% de los casos de carcinoma prostático ocurre en hombres menores de 50 años.⁷

Observamos que en nuestro hospital, la incidencia de cáncer de próstata se ha incrementado en los últimos años, esto va de acuerdo a lo que la literatura reporta, se cree que estas cifras están relacionadas de manera directa con el incremento en la longevidad de la población y a la mejoría en las técnicas de diagnóstico de la enfermedad localizada.^{10,13}

En un estudio realizado por Corti y cols., mencionan un incremento en la incidencia del carcinoma prostático en los últimos diez años. La población afectada era principalmente mayor de 65 años, lo mismo que un estudio realizado en Sonora, donde la edad promedio de pacientes con carcinoma fue de 64 años,^{14,15} En nuestro hospital el grupo de edad más afectado con carcinoma prostático, fue de 56 a 75 años, con una media de 65.5, esto concuerda con la literatura, ya

que se menciona que la incidencia del cáncer de próstata se incrementa con la edad.^{16,17}

Referencias

1. Robbins, Cotran, Kumar, Collins. Patología estructural y funcional. 6^a ed. Madrid; Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 2000: 1111-1137.
2. Rosai, Ackerman's. Surgical pathology. Ninth edition Toronto; Editorial Mosby, 2004: 1361-1380.
3. Ángeles AA. Biopsia por aspiración con aguja delgada. Méjico; Ángeles editores, 1994: 245-260.
4. Alexandre RU y cols. Estudio epidemiológico de la patología prostática en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Rev Mex Urol 1996; 56(1): 04-08.
5. Soel EJM y cols. Porcentaje de fragmentos positivos en biopsias de próstata. Rev Mex Urol 2005; 65(5): 331-335.
6. Cruz-Noricumbo E y cols. Cáncer prostático por toma de biopsia en pacientes con sospecha clínica. Rev Mex Urol 2005; 65(5): 295-302.
7. Ricardez-Espinosa AA y cols. Diagnóstico diferencial entre cáncer e hiperplasia de próstata con el estudio histopatológico de la biopsia transrectal. Rev Mex Urol 1998; 58(6): 258-270.
8. Amin, Grignon, Humphrey, Sringley. Grading of prostate cancer. Lippincott Williams & Wilkins. 2004: 1-59.
9. Maldonado VR y cols. Correlación del puntaje de Gleason de la biopsia de próstata y la pieza de prostatectomía radical. Rev Mex Urol 2003; 63(2): 46-47.
10. Martínez AC y cols. Sensibilidad de biopsias en nonantes. Rev Mex Urol 2004; 64(1): 13-17.
11. Rincón F y cols. Inmunohistoquímica aplicada a casos de difícil diagnóstico anatomicopatológico: adenocarcinoma vs lesión benigna. Rev Ven Urol 2004; 50(1): 18-21.
12. Vicherat C y cols. Tratamiento endoscópico de la hiperplasia prostática benigna. Rev Chil Urol 2003; 68(3): 284-288.
13. Sánchez GM y cols. Casos nuevos de carcinoma de próstata. Rev Mex Urol 1996; 56(1): 09-11.
14. Corti DF y cols. Epidemiología del cáncer de próstata. Provincia de Valdivia, 1990-2000. Rev Chil Urol 2002; 67(3): 211-214.
15. Leos GCA y cols. Prostatectomía radical. Experiencia Hospital General «C» ISSSTE. Hermosillo, Sonora. Rev Mex Urol 2005; 65(2): 93-96.
16. Flores THE y cols. Biopsias de próstata en pacientes de más de 80 años. Rev Mex Urol 2005; 65(4): 248-252.
17. Contreras V y cols. Cáncer de próstata localizado. Experiencia con prostatectomía radical en el Servicio de Urología del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Rev Mex Urol 2000; 60(6): 208-220.