

ADENOCARCINOMA INCIDENTAL DE PRÓSTATA EN RESECCIÓN TRANSURETRAL

Cantidad de material procesado

Edgardo Yaspe MD*, Víctor Manuel Gutiérrez MD**, Diana Marcela Hernández MD***, Piedad del Carmen Campo MD****

Resumen

La realización de resecciones transuretrales de próstata es muy común como procedimiento terapéutico para las patologías urinarias obstructivas benignas de origen prostático. El estudio del material obtenido busca en primer término descartar la presencia de un adenocarcinoma de próstata que haya pasado inadvertido en los estudios prequirúrgicos del paciente. Sin embargo, no existe claridad en cuanto a la cantidad de la muestra que debe procesarse para obtener un diagnóstico en todos los casos de adenocarcinoma de próstata estadio T1b y de un alto porcentaje del estadio T1a. Este estudio reúne 112 casos de RTU en los cuales se procesó todo el tejido obtenido, describiéndose las variables demográficas, peso del espécimen, número de bloques, consecutivo de los bloques positivos y estadio de la enfermedad. Se encontró que los pacientes en estadio T1b son más jóvenes que los T1a. No existe diferencia en la frecuencia de detección del adenocarcinoma prostático entre todas las modalidades de procesamiento estudiadas (cuatro y ocho primeros bloques). Se recomienda analizar una mayor muestra de casos para obtener datos que nos permitan establecer un punto de corte ideal.

Palabras clave: hiperplasia prostática benigna, carcinoma de próstata, hallazgo incidental, resección transuretral de próstata.

Abreviaturas: CIP, carcinoma incidental de próstata; RTU, resección transuretral de próstata.

Introducción

La hiperplasia prostática benigna es uno de los desórdenes urológicos más comunes en los hombres mayores de 40 años, con aumento progresivo de la incidencia a mayor edad.^{1,2,3} En algunos de ellos, a quienes por examen clínico (tacto rectal) y estudio histopatológico (biopsia) se les ha descartado la presencia de adenocarcinoma prostático, son llevados a RTU para alivio del prostatismo. Aunque en la mayoría de los casos los resultados del estudio histopatológico de estos tejidos muestran entidades

benignas, en cerca de 8 a 10% de los especímenes^{2,4} se encuentran adenocarcinomas de próstata como hallazgo incidental.

Estos hallazgos de CIP se clasifican según el TNM en estadio T1, siendo los T1a aquellos que comprometen menos del 5% de la totalidad del tejido con una graduación *Gleason* menor o igual a seis, y T1b es el hallazgo histológico de adenocarcinoma en más del 5% del total del material evaluado o con cualquier porcentaje y una graduación *Gleason* igual o superior a siete.⁴ La importancia de esta división es debido a que los pacientes en estadio T1a presentan un riesgo de progresión bajo, en contraste con los de estadio T1b que conlleva un peor pronóstico.^{2,4,5,6}

En el Hospital de San José el proceso sigue los lineamientos de las guías que aparecen en el libro de patología quirúrgica de Rosai y Ackerman,⁷ las cuales recomiendan procesar un porcentaje del tejido de acuerdo con su peso total (cuatro bloques por los

Fecha recibido: 23 de junio de 2006

Fecha aceptado: agosto 8 de 2006

* Profesor Asociado de patología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Servicio de patología, Hospital de San José.

** Residente III de patología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Servicio de patología, Hospital de San José.

*** Instructora Asistente de patología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Servicio de patología, Hospital de San José.

**** Residente I de patología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

primeros diez gramos de tejido y se agrega un bloque por cada diez gramos adicionales). Sin embargo, no se encuentra en la literatura un concepto unánime y claro del protocolo de procesamiento del tejido en estos casos.^{4,5,8,9,10,11} De hecho, en los diferentes servicios de patología de Bogotá se hace de acuerdo con el criterio de los especialistas de cada institución. La descripción de una población circunscrita como la del Hospital de San José es importante para determinar las características poblacionales que permitan identificar a los pacientes con mayor riesgo de tener un CIP estadio T1a y T1b, para que en el futuro se pueda plantear un punto de corte ideal para el procesamiento de los especímenes ante la falta de consenso entre los patólogos.

Materiales y métodos

Estudio observacional descriptivo de serie de casos de pacientes con síntomas de obstrucción urinaria baja secundaria a un diagnóstico clínico y/o paraclínico de patología prostática benigna atendidos en el Hospital de San José, a quienes se practicó RTU entre junio de 2005 y junio de 2006.

Se revisaron 112 casos para un total de 2.638,5 g de tejido prostático procesado obteniéndose 984 bloques; todos fueron revisados por los residentes a cargo de este artículo y el grupo de patólogos docentes certificados del servicio de patología del Hospital de San José. En todos los casos se procesó todo el tejido según el protocolo de dicho servicio, en el cual se le otorga un número de identificación a cada espécimen y diferenciando cada casete del mismo caso con una numeración consecutiva a partir del número uno.

Los datos se analizaron en una tabla de excel de acuerdo con un instrumento diseñado para tal fin según la edad de los pacientes, el peso de las muestras, el número de bloques totales por espécimen y el resultado negativo o positivo para carcinoma con su respectivo estadio (T1a o T1b), señalando qué bloques fueron positivos. El análisis de los datos se hizo en el programa estadístico EPI-INFO.

Resultados

En la **Tabla 1** se muestran los datos por edades de los pacientes, con un promedio de 66 años y un rango entre 44 y 81. Se procesaron en total 2.456.5 g de tejido con un peso promedio por espécimen de 22,9 g y un rango entre 1 y 120 g, obteniendo 984 bloques.

	Mínima	Máxima	Media	DE	Mediana
Edad en años	44	81	66	7,78	69
Peso g	1	120	17.5	20	20

En 9 de los 112 casos se diagnosticó CIP (8.03%). En la **Tabla 2** se puede ver la frecuencia de casos negativos y positivos en estadio T1a y T1b.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Negativa	103	92,0%
T1a	3	2,7%
T1b	6	5,4%
Total	112	100,0%

En la **Tabla 3** se relaciona la cantidad de bloques positivos en los casos con CIP. Se aprecia que de los 9 casos el 55% (5) tiene solo un bloque con hallazgo histopatológico de cáncer.

Bloques (+)	Frecuencia	Porcentaje
1	5	55%
2	2	23%
3	1	11%
4	0	0%
5	1	11%

En ocho de los casos diagnosticados como CIP el número máximo de bloques fue siete; solo en un caso el total fueron 21, siendo positivos los cuatro

primeros. Un caso con cinco bloques fue positivo en todos. Al realizar un análisis bivariado cruzando las variables edad, diagnóstico y peso, observamos que la edad mínima de los pacientes con CIP estadio T1a es nueve años superior a la de los pacientes en estadio T1b (**Tablas 4 y 5**).

Tabla 4. Análisis bivariado de edad y diagnóstico

Diagnóstico - edad	Mínima	Media	Máxima
Negativas	44	65,8	81
T1a	66	74,0	80
T1b	55	64,5	76

Tabla 5. Análisis bivariado de edad y peso del espécimen

Diagnóstico - peso	Mínimo	Media	Máximo
Negativas	2	24,33	120
T1a	7,0	15,00	58,00
T1b	1,0	8,5	17,50

La **Tabla 6** nos muestra la relación entre los estadios clínicos y el orden de los bloques con hallazgos histopatológicos de CIP. Todos los casos fueron positivos en los primeros cuatro bloques, sin cambio alguno en el diagnóstico en el resto del tejido procesado.

Tabla 6. Análisis bivariado de diagnóstico vs. grupos de corte

Diagnóstico -bloques +	A*	%	B †	%
T1a	3	100	3	100
T1b	6	100	6	100

A*: cuatro primeros bloques; B †: ocho primeros bloques.

Discusión

El objetivo original de este trabajo es realizar un estudio de prueba diagnóstica comparando el procesamiento total del espécimen obtenido en la RTU, con tres puntos de cortes que no se pudieron lograr por limitaciones en la cantidad de la muestra y la baja incidencia de adenocarcinoma de próstata en este estudio.

Los hallazgos poblacionales muestran que el promedio de edad es similar a otros estudios.^{5,12} El grupo de pacientes en estadio T1a 10 años son mayores que el grupo en estadio T1b; en la literatura no se encontraron datos relacionados con una discriminación por edad y estadio T1a y T1b.

Se notó que la frecuencia de pacientes con diagnóstico de carcinoma de próstata estadio T1b es el doble de la del grupo en estadio T1a, datos similares a los publicados por Newman A, 1982.¹² En otro estudio⁵ la frecuencia de T1a fue mayor que la de T1b.

Se aprecia que la mayoría (55%) de los casos de carcinoma fueron positivos en un bloque, siéndolo en varios o todos solo en dos casos (22%). En el análisis con cruce de variables es importante anotar que los pacientes con carcinoma estadio T1a presentaron en promedio una mayor cantidad de tejido producto de la RTU que aquellos en estadio T1b. Debido a que la cantidad de material obtenido en la RTU depende del tamaño de la próstata, valdría la pena hacernos la pregunta si en los pacientes con estadio T1b (carcinoma más avanzado) el tumor maligno ejerce un efecto obstructivo sobre la vía urinaria con menos masa en comparación con el estadio T1a. En todos los nueve casos positivos, el diagnóstico se logró en el primer punto de corte (los cuatro primeros bloques), y en los hallazgos microscópicos de los bloques obtenidos en el resto del material procesado no hubo ninguna característica de importancia que cambiara el diagnóstico y estadio.

En la literatura mundial hay artículos científicos similares a este,^{5,11,12,13} en los cuales la muestra tomada varió entre 457 y 850 casos, es decir casi cuatro veces superior a la nuestra. La incidencia de CIP osciló entre 7 y 15%; la de este estudio es del 8%. Las publicaciones recomiendan que la cantidad de tejido procesado sea como norma de cinco bloques, máximo ocho, encontrando algunos autores que recomiendan siempre procesar todo el tejido. Los estudios arriba descritos no presentan datos epidemiológicos que correlacionen la edad con el estadio ni el peso del espécimen. Debido a la escasa

muestra, recomendamos realizar en el futuro otro estudio donde esta sea mayor.

Referencias

1. Epstein J. The prostate and seminal vesicles. En: Mills S., Carter D, Reuter V., Greenson J., Stoler M., editors. Sternberg's diagnostic surgical pathology. 4th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p: 2083 – 2132.
2. Young R., Srigley J., Amin M., Ulbright T., Cubilla A., Editors. Atlas of tumor pathology. Tumors of the prostate gland, seminal vesicles, male urethra and penis. 3rd series. Fascicle 28. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology.
3. Coley CM, Barry MJ, Fleming C, Fahs MC, Mulley AG. Early detection of prostate cancer. Part I: Prior probability and effectiveness of test. American College of Physicians. Ann Intern Med. 1997 Mar 15;126(6):394-406.
4. Eble J.N., Sauter G., Epstein J., Sesterhenn I., Editors. World Health Organization Classification of tumors. Pathology and genetics of Tumors of the Urinary System and Male Genital Organs. Lyon: IARC Press; 2005.
5. Rohr LR. Incidental adenocarcinoma in transurethral resections of the prostate. Partial versus complete microscopic examination. Am J Surg Pathol. 1987 Jan;11(1):53-8.
6. Humphrey P., Walther P., Adenocarcinoma of the prostate. I. Tissue Sampling Considerations. American Journal of Clinical Pathology. 1993. Jun; 99(6): 746 – 759.
7. Rosai J. Editor. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. 9th Edition. London: Mosby; 2004.
8. Humphrey P., Walther P., Adenocarcinoma of the prostate. I. Tissue Sampling Considerations. American Journal of Clinical Pathology. 1993. Jun; 99(6): 746 – 759.
9. Lester C. S., editor. Manual of surgical pathology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 2001.
10. Hruban R., Westra W., Phelps T., Isacson C., editors. Surgical Pathology Dissection. An Illustrated Guide. New York: Springer. 2003.
11. Murphy WM, Dean PJ, Brasfield JA, Tatum L. Incidental carcinoma of the prostate: how much sampling is adequate? Am J Surg Pathol 1986; 10:170-4.
12. Newman AJ Jr, Graham MA, Carlton CE Jr, Lieman S. Incidental carcinoma of the prostate at the time of transurethral resection: importance of evaluating every chip. J Urol. 1982 Nov;128(5):948-50.
13. McDowell PR, Fox WM, Epstein JI. Is submission of remaining tissue necessary when incidental carcinoma of the prostate is found on transurethral resection? Hum Pathol. 1994 May;25(5):493-7.

