

HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO "LEÓN CUERVO RUBIO" PINAR DEL RÍO

Caracterización clínica-epidemiológica del cáncer de próstata en pacientes pinareños

Clinical-epidemiological characterization of prostate cancer in patients from Pinar del Rio province

Laura Yanet Acosta Pérez¹, Luisbel Correa Martínez², Marlenis Gonzáles González³, Alfonso Acosta Fuentes⁴.

¹Estudiante de quinto año de Medicina. Alumno ayudante de Urología.

²Estudiante de quinto año de Medicina. Alumno ayudante de Cirugía General.

³Estudiante de quinto año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina Interna.

⁴Doctor en Medicina. Especialista I grado en Urología. Asistente e Investigador Agregado. UCM-Pinar del Río.

RESUMEN

Introducción: en los últimos tiempos el carcinoma prostático se ha comportado como la segunda causa de mortalidad por cáncer solo superado por el cáncer de pulmón.

Objetivos: determinar el comportamiento clínico-epidemiológico de los pacientes con cáncer de próstata estudiado en consulta de uro-oncología en la Provincia Pinar del Río en el intervalo 2009- 2011.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se empleo un universo muestral constituido por los pacientes que asistieron a la consulta de uro-oncología del Hospital III Congreso desde el 1ro de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2011 (n= 283). Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de los enfermos.

Resultados: la frecuencia de los pacientes que asisten a consulta diagnosticados con cáncer de próstata se comportó por encima de los 60 años de edad y en hombres de piel blanca. Al momento del diagnóstico prevaleció el estadio III de la enfermedad con una

escala de Gleason menor de 6 y un PSA por encima de 50 ng/ml. La modalidad terapéutica más empleada fue el bloqueo androgénico total y la hormonorefractariedad representó 1/10 de la muestra estudiada.

Conclusiones: El cáncer prostático constituye un problema de salud mundial del cual precisamos una mejor identificación de factores específicos del individuo y de las características tumorales que predigan su conducta natural y la respuesta a la terapia.

DeCS: Carcinoma, Próstata.

ABSTRACT

Introduction: during last years prostate carcinoma states as the second cause of death due to cancer, outnumber by lung cancer only.

Objective: to determine the clinical and epidemiological behavior of prostate cancer patients attending to urology-oncology service in Pinar del Rio province during 2009-2011.

Methods: an observational, descriptive and cross-sectional study. The sample was comprised of the patients attending to the urology-oncology service at III Congreso Hospital from January 1, 2009 to December 3, 2011. Data were collected from the patients' clinical charts.

Results: patients having the diagnosis of prostate cancer and attending to the service showed a frequency of over 60 years old and white skin men. Stage III prevailed when the diagnosis was made, Gleason's scale behaved under 6 and a PSA over 50ng/ml. The most used therapeutic modality was the total androgenic blockage with hormonal refractoriness representing 1/10 of the sample studied.

Conclusions: prostate cancer constitutes a worldwide health problem requiring a better identification of the specific factors from the individual and of the tumor characteristics which may predict its natural history and the therapy response.

DeCS: Carcinoma, Prostate

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud mundial, cuyas tasas de incidencia y mortalidad varían en cada país. La neoplasia de próstata se mantiene de manera asintomática por varios años y su historia natural no está bien esclarecida, los síntomas más frecuentes no son exclusivos de dicha entidad nosológica y cuando aparecen puede haberse diseminado más allá de dicha glándula.¹

El cuadro clínico más aceptado en los pacientes afectados con la enfermedad se caracteriza por: demora o lentitud para iniciar la micción, goteo o escape de orina, chorro urinario lento, esfuerzo al orinar o no ser capaz de vaciar toda la orina, sangre en la orina o el semen, dolor o sensibilidad ósea, con mayor frecuencia en la región lumbar y los huesos de la pelvis², además se han reportado factores de riesgo importante dentro de ellos la edad, (más de 70% de los hombres diagnosticados con cáncer de próstata son mayores de 65 años de edad), los hombres afro americanos tienen un riesgo mayor que los hombres blancos, incluidos los hombres hispanos, de padecer cáncer de próstata.³

Se han observado diferencias drásticas en la incidencia del cáncer prostático entre diferentes poblaciones en todo el mundo, lo que traduce que los factores genéticos desempeñan un papel en la aparición de la enfermedad neoplásica, en particular en familias donde se haya presentado la enfermedad.

El cáncer de próstata en Estados Unidos es la segunda causa de muerte por cáncer después del cáncer de pulmón. Cada año más de 200,000 hombres recibieron un diagnóstico de cáncer de próstata y más de 25,000 murieron a causa del mismo.⁴

El National Institute on Aging reporta que el tratamiento para el cáncer de la próstata funciona mejor cuando la enfermedad es diagnosticada precozmente y no se ha propagado a otras partes del cuerpo.⁵ Frecuentemente el diagnóstico de cáncer de próstata en sus etapas tempranas puede realizarse mediante un examen digital del recto y el análisis de la concentración de antígeno prostático específico (prostate-specific antigen, PSA) en la sangre del paciente⁶, el diagnóstico puede ser confirmado por medio de una biopsia y en algunos casos mediante pruebas de imagen.⁷

La neoplasia prostática se clasifica a partir de los criterios de Gleason: es una clasificación simple que se basa en los hallazgos operatorios calificando microscópicamente a las células desde bien diferenciadas (grado 1) hasta muy indiferenciadas o pobremente

diferenciados (grado 5). Se estudian dos (2) patrones estructurales (primario y secundario), sumando un mínimo de 2 puntos y un máximo de 10 puntos. Los grados 1 y 2 son normales. El grado 3 (células moderadamente bien diferenciadas) es el más común y considerado aún normal, por tanto la suma de dos valores, igual a 6, también puede considerarse normal. El grado 4 corresponde a cáncer y es el más importante y a veces difícil de diferenciar del grado 3. La suma de los dos valores igual a 7 sería sospechosa. Incluso el grado 8, sumando los dos valores, puede ser dudoso. El grado 5 es indiferenciado, correspondiente a cáncer.⁸

Los valores del puntaje de Gleason se emplean para estratificar el riesgo y planificar el tratamiento.

El estadio se refiere a la extensión del cáncer. El cáncer temprano de próstata, estadios I y II, es cáncer localizado, es decir, el cáncer no se ha diseminado fuera de la próstata. El cáncer de próstata en estadio III, por lo general denominado enfermedad localmente avanzada, se extiende fuera de la glándula y puede encontrarse en las vesículas seminales. El estadio IV significa que el cáncer se ha diseminado fuera de las vesículas seminales a los ganglios linfáticos o a otros órganos o tejidos.⁷

El tratamiento representa un área de investigación muy activa. Se están desarrollando tratamientos nuevos, y se están logrando mejoras en muchos de los métodos convencionales para el tratamiento del cáncer de próstata, entre ellos se encuentra la cirugía y los avances tecnológicos, los cuales están haciendo posible dirigir la radiación con mayor precisión que en el pasado. Se están realizando algunos estudios para determinar cuáles técnicas de radiación son más adecuadas para grupos específicos de pacientes con cáncer de próstata.⁹

La terapia nutricional se usa para ayudar a los pacientes de cáncer a obtener los nutrientes que necesitan para mantener el peso corporal y la fuerza, mantener los tejidos del cuerpo sanos y luchar contra las infecciones. Los hábitos de alimentación que son buenos para los pacientes de cáncer pueden ser muy diferentes de las pautas habituales de alimentación saludable. Los hábitos de alimentación sana y la buena nutrición pueden ayudar a los pacientes a soportar los efectos del cáncer y su tratamiento. Algunos tratamientos para el cáncer funcionan mejor cuando el paciente está bien nutrido y obtiene suficientes calorías y proteína de los alimentos. Los pacientes que están bien

nutridos pueden tener un mejor pronóstico (probabilidad de recuperación) y calidad de vida.¹⁰

En los últimos años se han estado desarrollando varias formas nuevas de terapia hormonal. Algunas de estas pueden ser útiles incluso si las formas convencionales de terapia hormonal ya no surten efecto. Los estudios realizados recientemente indican que muchos medicamentos de quimioterapia pueden afectar el cáncer de próstata. Algunos de ellos, como docetaxel (Taxotere) y cabazitaxel (Jevtana), han demostrado ayudar a los hombres a vivir por más tiempo. En otro orden se están probando en estudios clínicos varios tipos de vacunas para estimular la respuesta inmunológica del cuerpo ante las células cancerosas de la próstata.⁹

En Cuba la incidencia del cáncer de próstata se sitúa en el tercer lugar, solo superado por el cáncer en bronquios-pulmón y piel, lo cual provocó en el año 2010 una cifra de 2779 defunciones y para el 2011 unas 2624 defunciones.¹¹ Esta situación demuestra que nuestro país y por ende nuestro territorio no queda ajeno a la incidencia de cáncer de próstata lo que constituye un problema de salud nacional y territorial. Entonces ¿Cómo contribuir al conocimiento del cuadro clínico epidemiológico de los pacientes con cáncer de próstata en la Provincia Pinar del Río en el período 2009-2011?

El objetivo de este trabajo ha sido: caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con cáncer de próstata en la provincia Pinar del Río en el período 2009-2011.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal para caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con cáncer de próstata asistentes y estudiados en consulta de uro-oncología en la Provincia Pinar del Río en el período 2009- 2011. Los datos de la investigación fueron obtenidos mediante una base de datos sustentada en la información obtenida a través de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata.

Se utilizó un universo muestral integrado por los pacientes que asistieron a la consulta de uro-oncología del hospital "III Congreso" desde el 1ro de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2011 (n= 283).

RESULTADOS

El progresivo envejecimiento de la población ha convertido al cáncer de próstata en una de las enfermedades más frecuentes en la actualidad. Las investigaciones científico-médicas comprueban una tasa de prevalencia en 1 de cada 8 hombres, sin embargo, varía según la edad y es mayor a mayor edad de los individuos¹² mostrando el devenido desarrollo de esta entidad nosológica en el mundo (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupo de edades.
Consulta de Uro-oncología. Pinar del Río 2009-2011.

Grupos etarios (años cumplidos)	No.	%
40-49	2	0,8
50-59	15	5,3
60-69	72	25,4
70-79	128	45,2
80-89	63	22,2
90-99	3	1,1
Total	283	100

Fuente: Historias Clínicas.

El intervalo de 70 a 79 años de edad es el de mayor frecuencia (45,2%), lo que representa aproximadamente ½ del total de pacientes estudiados. La edad del grupo fue de $73,1 \pm 8,8$ años (IC al 95 % 72.1- 74.1 años).

La mayoría de los pacientes era de piel blanca (199; 70,3 %). El resto era de color de piel negra.

En cuanto al antígeno prostático específico se encontró que 50,9% de la muestra tenía valores mayores de 50 ng/ml, y solo un 6% aproximadamente ≤ 10 ng/ml. La mayoría de los pacientes se encontraban en estadio clínico III (48.1 %), y la diferenciación histológica del tumor en Gleason predominante fue 5-6.

En el 34.3 % se utilizó el bloqueo androgénico total (BAT), seguido por el uso de radioterapia (radioterapia) más BAT con el 32.9 %. Solo en el 2.8 % de los estudiados se utilizó la radioterapia con fines curativos como única opción. (Tabla 2)

Tabla 2. Modalidades de tratamiento utilizado.
Consulta de Uro-oncología. Pinar del Río 2009-2011.

Modalidades de tratamiento	No.	%
Radioterapia	8	2,8
Radioterapia + bloqueo androgénico total	93	32,9
Radioterapia + bloqueo androgénico incompleto	31	11,0
Bronqueo androgénico total	97	34,3
Bloque androgénico incompleto	51	18,0
Espera vigilada	3	1,1
Total	283	100

Fuente: Historias Clínicas.

El período transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de próstata hasta la aparición de la hormonorefractariedad más frecuentemente encontrada en el grupo fue de 12 a 24 meses (Tabla 3).

Tabla 3. Tiempo de aparición de hormonorefractariedad después del diagnóstico de carcinoma prostático. Consulta de uro-oncología. Pinar del Río 2009-2011.

Tiempo en meses	No	%
6 – 12	12	35.3
12 – 24	14	41.2
≥ 25	8	23.5
Total	34	100.0

Fuente: Historias Clínicas.

El 12.02% evolucionó hacia la hormonorefractariedad; lo que se traduce como que después de tres meses de tratamiento, el valor del antígeno prostático específico (PSA) no había descendido más del 50%.

DISCUSIÓN

En el tema de cáncer de próstata se cumple como en pocos lo que decía J. Gay: " En todo tiempo y lugar vemos que dos hombres de la misma profesión nunca están de acuerdo".⁸

Por ello parece evidente que precisamos de una mejor identificación de factores específicos del individuo y de las características tumorales que predigan su conducta natural y la respuesta a la terapia. Estas condiciones son necesarias para lograr una aproximación terapéutica más racional. El médico debe recomendar y actuar prudentemente, cuando se ha optado por alternativas terapéuticas activas que pretenden cambiar el curso natural de una enfermedad que puede ser mortal.

Coincidente con nuestros resultados el estudio "Incidence, Mortality and Survival from Prostate Cancer in Cuba" plantea que el aumento del riesgo se observa fundamentalmente en los grupos mayores de 55 años. Además confirma que la incidencia después de los 60 años, aumenta a 257,1 por 100 000 hombres, lo que representa el 92,7% de todos los casos nuevos diagnosticados.¹² Los grupos de edad por encima de los 70 años se caracterizan por las mayores tasas tanto de incidencia como de mortalidad.¹³

Algunos de los trabajos revisados han reportado una incidencia del 87,5 % en pacientes por encima de los 61 años, 14, 15 mientras que en otros reportan por encima de los 65 años, la tasa de prevalencia es mucho mayor.^{16, 17}

Se concluye que en Pinar del Río el cáncer de próstata se presenta fundamentalmente por encima de los 60 años y en hombres de piel blanca. Al momento del diagnóstico el antígeno prostático específico mostró valores mayores altos, y solo una pequeña proporción valores de hasta 10 ng/ml. El estadio clínico prevaeciente fue el III y la gradación histológica de Gleason reveló que el 70% de los pacientes se encontraban por debajo de 6. La modalidad terapéutica más empleada fue el bloqueo androgénico total, y se detecta hormonorefractariedad en 1/10 de la muestra, y ésta aparece más frecuentemente entre los 12 a 24 meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrios López Yusimy, Perera Fernández Francisco, Carvajal Beltrán Irma Iris, Pérez Rodríguez Arnoldo. Pesquisa de cáncer de próstata en 8 áreas de salud de la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN [revista en Internet]. 2012 Mar [citado 2012 Dic 19]; 16(3): 376-382. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012000300010&script=sci_arttext
2. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de próstata. [Internet]. MedlinePlus Estados Unidos; 2012 [actualizado 12/12/2012]. [Citado el 19 de diciembre del 2012]; [1

pantalla]. Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/prostatecancer.html>

3. American Cancer Society. Cáncer de próstata. Detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas. [internet]. Estados Unidos; 2012 [actualizado 04/02/2012]. [Citado el 19 de diciembre del 2012]; [1 pantalla]. Disponible en:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadetallada/cancer-de-prostata-early-detection>

4. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Cáncer de próstata. Estados Unidos; 2012 [actualizado 23/08/2012]. [Citado el 19 de diciembre del 2012]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/Spanish/especialesCDC/CancerProstata/>

5. National Institute on Aging. Problemas de la próstata. Estados Unidos; 2011 [actualizado 7/11/2011]. [Citado el 19 de diciembre del 2012]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.nia.nih.gov/node/843>

6. National Institute on Aging. Información sobre el cáncer. Estados Unidos; 2009 [actualizado 13/11/2011]. [Citado el 19 de diciembre del 2012]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.nia.nih.gov/node/751>

7. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. El cáncer temprano de próstata. Estados Unidos; 2010 [actualizado 24/08/2010]. [Citado el 19 de diciembre del 2012]; [1 pantalla]. Disponible en:

http://www.google.com.cu/url?q=http://www.cancer.gov/images/documents/5744dbad-fc5e-4a9d-9627-7f77109efe3d/Fs5_23s.pdf&sa=U&ei=9SOzUt7sIIzpkQeHpYDICw&ved=0CCEQFjAA&usg=AFQjCNGznSvxOjzK1yxJ7rY7wqMosfj5ww

8. Gonzalo E, Díaz MD. Cáncer de Próstata [en línea]. 2012 [Citado 2012 Diciembre 19]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://drgdiaz.com/eco/prostata/cancerprostata.shtml>

9. American Cancer Society. Cáncer de próstata. ¿Qué hay de nuevo en la investigación sobre el Cáncer de próstata? [internet]. Estados Unidos; 2012 [actualizado 04/02/2012]. [Citado el 19 de diciembre del 2012]; [1 pantalla]. Disponible en:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadetallada/cancer-de-prostata-whats-new-new-research>

10. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. La nutrición en el tratamiento del cáncer (PDQ®). Estados Unidos; 2012 [actualizado 16/11/2012]. [Citado el 27 de diciembre del 2012]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/nutricion/patient/>
11. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD. ANUARIO ESTADÍSTICO DE SALUD 2011. [internet]. Cuba; 2012. Próstata p 14, mortalidad p 67. [Citado el 19 de diciembre del 2012] Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2012/04/anuario-2011-e.pdf>
12. S Larre, AR Azzouzi, L Cormier, G Cancel-Tassin, Drelon I, Baschet F, et al. Comment le dépistage du cancer de la prostate est-il perçu par les hommes de 50 à 70 ans ? Analyse à partir de 1774 individus dépistés. Progrès en Urologie [revista en Internet]. 2007 [citado 2012 Dic 29]; 17: 939-942. Disponible en: <http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2007/PU-2007-00170939/TEXF-PU-2007-00170939.PDF>
13. Yaima H. Galán Alvarez, Marta E. Guerra Yi, Priscila Torres Babie, Mariela García-Jordan, Leticia Fernández Garrote, Rolando Camacho. Incidence, Mortality and Survival from Prostate Cancer in Cuba, 1977-1999. European Journal of Cancer Prevention. 2004; 13(5): 377-381.
14. Wasike RW, Magoha GA. Pacientes que presentan cáncer de la próstata. Kenyatta el Hospital Nacional, Nairobi. Afr Med J. oriental 2007;84(9 Suppl):31-5.
15. Crawford ED. Epidemiology of prostate cancer. UROLOGY 62 (Supplement 6A), December 22, 2003 [citado 2013 Ener 01] Disponible en: http://www.google.com/cu/url?q=http://www.direct-ms.org/pdf/EpidemiologyOther/Epidemiology%2520CaP.pdf&sa=U&ei=syezUvm1NIiSkQe d0AE&ved=0CD8QFjAE&usg=AFQjCNEds65zjyrQraxoA7vIDG_hVfjAQQ
16. Fesinmeyer MD, Gulati R, Zeliadt S, Weiss N, Kristal AR, Etzioni R. Effect of population trends in body mass index on prostate cancer incidence and mortality in the United States. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. [revista en Internet]. 2009 [citado 2013 Ener 01]; 18(3). Disponible en: <http://cebp.aacrjournals.org/content/18/3/808.full>

17. American Cancer Society [En línea]. What are the key statistics about prostate cancer? 2012 [Citado 2013 Ener 01];[1 páginas]. Disponible en:

<http://www.cancer.org/cancer/prostatecancer/detailedguide/prostate-cancer-key-statistics>

Recibido: 24 de septiembre 2013

Aprobado: 5 de diciembre 2013

Datos para correspondencia

Laura Yanet Acosta Pérez. Estudiante de quinto año de Medicina. Alumno ayudante de Urología. Facultad de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas Pinar del Río. Correo electrónico: alfonso65@princesa.pri.sld.cu
