

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



Vol. 28, No. 2, 1998 [ver índice]

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA PATOLOGIA PROSTATICA

Dr. Carlos Martínez Sanz
Profesor Adjunto
Depto. de Urología
Pontificia Universidad Católica de Chile

Los restos de seres humanos momificados muestran que las complicaciones de la patología prostática estaban presentes desde la más antigua prehistoria. La litiasis vesical, secundaria a la obstrucción crónica del vaciamiento vesical y a la infección, se conserva en estos restos humanos. Los médicos antiguos, egipcios, griegos y romanos, conocían de esta patología y buscaron los más diversos medios para destruir los cálculos, creyendo que ellos eran causa y no consecuencia de la obstrucción al flujo de la orina.

Desde hace varios siglos se sabe que el crecimiento de la glándula prostática es la causa del incompleto vaciamiento vesical. Los sondeos vesicales realizados por barberos y luego por médicos cirujanos, fueron una modalidad temporal de solución. Posteriormente aparecieron los sondeos más permanentes y hasta hace muy pocos años la sonda Folley con balón autofijante fue una de las soluciones aceptadas en el tratamiento de la obstrucción urinaria.

La cirugía de la glándula prostática acaba de cumplir un siglo desde su desarrollo. El camino recorrido ha sido largo y muy lento. La cirugía abierta tenía cifras de morbilidad y mortalidad muy elevadas hasta hace unos 40 años, las que en buena parte se debían a la tardía indicación y a las complicaciones con que se presentaban los pacientes. Hace 25 años, mortalidades quirúrgicas del 3 a 5%, eran consideradas habituales. En estos últimos años el cambio ha sido notable, por lo vertiginoso. Hoy en día, con las nuevas modalidades de tratamiento, la mortalidad se acerca a cero y la morbilidad es cada vez menor.

Este progreso se ha basado en la gran cantidad de medios dedicados a la investigación del problema. En la última década, el interés en crear nuevos medios de tratamiento ha sido notable. Se ha llegado al abuso de publicitar tratamientos de eficacia no debidamente comprobada, que a los pocos años han caído en el descrédito. Los controles previos a su aprobación habían fallado.

El por qué de este interés reside en factores epidemiológicos. La patología prostática afecta a un porcentaje cada vez mayor de la población. El número de personas que necesita solución a sus problemas aumenta cada día y eso significa la aparición de un mercado consumidor casi inagotable. La posición de estos consumidores en la economía es preponderante, lo que les permite dedicar grandes recursos a la solución de su problema. Este núcleo de población pasó de ser una excepción, cuando la expectativa de vida rondaba los 50 años, a ser un grupo poderoso, activo, que controla el manejo de las sociedades y que representa fácilmente el 20 a 30% de la población de un país.

La influencia de este grupo es clave en los centros mundiales de poder político y económico. Los baby boomers de USA llegaron a los 50 años y son el grupo más influyente del país más poderoso del planeta. Los mayores de 65 años son el 10% de la población de USA y los mayores de 60 años ya son el 10% en Chile. La patología prostática acentúa su importancia con la mayor edad de individuo. USA tiene 4 millones de personas mayores de 85 años. El envejecimiento de todas las sociedades del planeta hará que tarde o temprano todos los países vivan las situaciones que hoy viven los países más "viejos".

Hiperplasia benigna de la próstata

La hiperplasia benigna de la próstata ha sido mal llamada "adenoma prostático" durante décadas, en circunstancias que no es adenoma sino hiperplasia y que no es de la próstata sino de las glándulas periuretrales. Este fenómeno le ocurre a todos los hombres. El único requisito es no ser eunuco, ya que para que se desarrolle la hiperplasia es indispensable la presencia del testículo. Su crecimiento se inicia a alrededor de los 45 años. En algunos individuos es rápido y provoca síntomas casi de inmediato, mientras en otros es lento y puede no causar problemas o hacerlo a muy avanzada edad. Hay estudios recientes, que adelantan la aparición a los 35 años. En ello influiría la secreción epidídimo-testicular que tomaría contacto con las glándulas periuretrales en el momento de la eyaculación.

Este crecimiento, que adquiere caracteres nodulares, es en parte epitelial y también de estroma. La proporción de ambos elementos puede significar variaciones en las manifestaciones clínicas. El estroma tendría una importancia crítica en el desarrollo. Una mayor proporción de estroma hace que el crecimiento sea más fibroso y rígido, lo que llevaría a síntomas más intensos. Si bien todos los hombres presentan esta hiperplasia, no más allá del 40 a 50% presentará síntomas en algún momento de su vida. Es probable que este porcentaje clínicamente sintomático crezca por el aumento de la expectativa de vida. Además, los bajos riesgos de los distintos tratamientos determinarán que en el futuro un mayor número de pacientes los soliciten. El requerimiento de una mejor calidad de vida los llevará a solicitar una solución frente a molestias no tan intensas.

La uropatía obstructiva por hiperplasia nodular de la próstata cambió radicalmente su esencia debido a la aparición del antígeno prostático específico (APE), marcador tumoral de alta sensibilidad y especificidad, el mejor conocido y una maravilla por la sencillez de su determinación. En contraste con una enfermedad con un riesgo de cáncer siempre presente, la hiperplasia nodular de la próstata ha pasado a ser una entidad perfectamente distinguible del tumor maligno. Antes de proceder a cualquier decisión respecto a sintomatología de origen prostático, es necesario realizar una determinación del APE. Con ello se descarta un cáncer o éste se sospecha fundadamente.

La forma más eficiente de aclarar este diagnóstico es la biopsia eco-dirigida por vía transrectal. La cirugía endoscópica para diagnosticar un cáncer ha pasado a ser una excepción para casos muy determinados y con justificaciones muy precisas. Esto ha cambiado la indicación de los tratamientos de la hiperplasia benigna. Ya no se va a la cirugía "por si existiera un cáncer", sólo se justifica para aliviar sintomatología, que en la inmensa mayoría

de los casos afecta la calidad de vida. Los riesgos de vida, por obstrucciones prolongadas con daño renal, son hoy día una excepción.

La difusión de la importancia de los controles médicos, ha hecho que la consulta sea más oportuna. El paciente consulta porque sufre en su calidad de vida y los tratamientos se justifican sólo cuando esta calidad de vida se ve afectada: debe existir una relación adecuada entre las molestias y los riesgos del tratamiento. Esto ha llevado al desarrollo de los tratamientos médicos o poco invasivos. Se está tratando a pacientes cuyas molestias no se consideraban para tratamiento, cuando la cirugía era la única alternativa. Debe tenerse presente que con estos métodos se trata síntomas no necesariamente vinculados al crecimiento prostático, sino más bien la función vesical. Esto queda demostrado al aplicarse los scores de la Asociación Urológica Americana a mujeres, que a edades iguales presentan los mismos índices que los hombres.

Muchos de estos tratamientos han abusado de un hecho conocido desde años. La sintomatología puede mejorar en forma significativa sin ningún tratamiento. Un 30% de los pacientes mejoran sin tratamiento si son evaluados 5 años después. Cuando se evalúa tratamientos médicos, ellos deben superar este efecto, así como también el efecto placebo, que también influye en forma muy importante. Hoy ya podemos decir que tratamientos como termoterapia, dilatación con balón y bloqueadores enzimáticos no tienen resultados útiles. A los pocos años, las curvas de mejoría son similares a las del efecto placebo. Estos tratamientos se publicitaron profusamente y muchos pacientes invirtieron ingentes sumas en ellos. La mala evaluación antes de aprobar su uso, hace responsables a los controladores. ¿Quién devuelve las fortunas que se han gastado en estos tratamientos?

El futuro de esta patología es muy promisorio en cuanto a tratamientos eficaces y con pocos riesgos de complicaciones. La evaluación del urólogo, será clave para indicar cada tratamiento en el momento oportuno. Hay grandes riesgos de mala indicación, por muchas razones. Creemos que la vigilancia técnica y ética que realicen las universidades y las sociedades científicas será la única defensa de los pacientes frente al abuso de indicaciones y al exceso de expectativas puestas en tratamientos milagrosos publicitados en las más diversas formas.

Cáncer prostático

Ha tenido un enorme crecimiento en la atención por parte de los medios de comunicación, debido a la posibilidad de detección precoz que se produce con la aplicación clínica del APE. Una gran cantidad de casos latentes se hicieron evidentes. De cifras anuales de 40 a 50 casos por 100.000 hombres se llegó a casi 300 por 100.000. Posteriormente las cifras se han estabilizado en 200 por 100.000. El diagnóstico precoz adelantó varios años en la evolución del cáncer. Las posibilidades de curación quedaron al alcance de una gran cantidad de los pacientes.

Los estudios de este cáncer demuestran que se necesitan años para que las mutaciones, traídas desde el nacimiento o adquiridas posteriormente, actúen y contribuyan al desarrollo del tumor. El envejecimiento de la población ha determinado que el cáncer de próstata pase a

ser el número uno en frecuencia en el hombre. En los países más jóvenes, la curva de incidencia de este tumor va claramente en aumento. Esto ha permitido la difusión de la existencia de esta enfermedad y la posibilidad cierta de curación si se diagnostica en forma oportuna. El APE ha permitido que el tratamiento quirúrgico en etapa precoz mejore el pronóstico de esta enfermedad. En lesiones localizadas, los tratamientos quirúrgicos permiten ofrecer un 80% de curación a 10 y 15 años plazo.

El APE ha cambiado radicalmente el momento del diagnóstico de este tumor. De un 85 a 90% de casos en etapa avanzada metastásica, que veíamos en 1975, en la actualidad el cáncer avanzado ha bajado a 50% o menos. En USA, las cifras han llegado al 80% de tumores localizados en el momento del diagnóstico, con los actuales métodos de etapificación. Con un marcador tumoral de esta eficiencia, tenemos grandes posibilidades de dar una batalla eficaz contra este padecimiento.

Esta ya no es una enfermedad de pacientes añosos. Tampoco es una enfermedad inocente. No más allá del 8% de los cánceres pueden ser catalogados de insignificantes. Cualquier tipo de cáncer en menores de 60 años es significativo. El uso del APE no nos ha hecho cometer el error de tratar lesiones sin importancia. Más aún, los seguimientos de pacientes demuestran que, si no se tratan, el 100% de los cánceres diagnosticados en la quinta década conducen a la muerte.

Las teorías nórdicas de que el cáncer de próstata no mata han quedado desvirtuadas. Se basaron en series muy sesgadas, seleccionando pacientes añosos y con graves enfermedades agregadas. Es por esto que fallecían por otras causas y no de su cáncer. Los países que siguieron estas políticas vieron con sorpresa que, pese a que estas series decían que el cáncer de próstata no mata, la incidencia de mortalidad por cáncer de próstata tomada de las estadísticas por certificados de defunción eran las más altas del mundo. Esta discordancia hizo revisar las series y los datos, y se descubrió la falacia. Lo que estos países se "ahorran" al hacer tratamiento sólo a casos avanzados sintomáticos, lo están pagando al tener que manejar las complicaciones obstructivas.

El cáncer de próstata es agresivo y mata, en especial a pacientes jóvenes. La muerte por esta patología es muy penosa, al acompañarse de intensos dolores por el compromiso óseo. Los tratamientos paliativos, han demostrado que, salvo excepciones, son insuficientes. El 50% de los enfermos con cáncer en etapa avanzada muere a los 3 años, pese al tratamiento de bloqueo hormonal.

El concepto del bloqueo hormonal completo ha cambiado en el último tiempo. Las series a 10 años demuestran que los antiandrógenos, como la flutamida, no agregan beneficio respecto al paciente que sólo tiene castración médica o quirúrgica. Lo único que agrega la flutamida al efecto del placebo son más bochornos y diarrea.

Estos cambios no modifican lo esencial, que es hacer un diagnóstico oportuno. Posteriormente es necesario erradicar el tumor. La discusión sobre los resultados con cirugía o radioterapia lentamente se va inclinando hacia la cirugía. El problema de la radioterapia radica en el volumen tumoral, ya que éste sigue siendo muy difícil estimar con medios clínicos. La radioterapia no es capaz de esterilizar lesiones mayores de 4 ml. La presencia de

células tumorales, tarde o temprano hará que la enfermedad progrese. No existen las llamadas células desvitalizadas, son células cancerosas capaces de progresar y dar metástasis.

Otra faceta del conocimiento del cáncer de la próstata en que se ha progresado es en la determinación de los factores de riesgo. Es así que se ha demostrado que un 5% de los cánceres de la próstata son hereditarios. Se trata de pacientes que nacen con las mutaciones y por lo tanto necesitan menos años para que el cáncer se manifieste. Quienes tengan 2 ó 3 casos en sus familias, por línea directa, deben ser chequeados con el APE desde los 40 años y no a los 50. La raza negra ha demostrado que tendría una incidencia mayor a menor edad y es por esto que se aconseja el chequeo a los 45 años. La alimentación con mucha grasa es uno de los factores modificables que influyen notoriamente. Poblaciones orientales, con baja incidencia la aumentan al cambiar su "habitat" y alimentación a la de USA, llegando a cifras casi iguales a las de los nacidos en ese país. Esto también se ve modificado por el aumento de expectativas de vida, que significa el cambio de condiciones de vida en su nuevo país.

Las estadísticas chilenas muestran un crecimiento de la incidencia en la población. Las curvas de aumento no se deben sólo al envejecimiento de la población. Es posible que haya otros factores que estén empezando a ser importantes, como los cambios en los hábitos alimentarios. La mortalidad está en franco aumento. En la actualidad supera los 1.000 fallecidos al año, cifra que puede ser mayor, por errores de notificación.

En 1997 se vió en USA por primera vez una caída en la mortalidad por cáncer de la próstata. De 40.000 muertos cada año con una curva en ascenso, se ha visto un quiebre, con disminución de la mortalidad. Aún falta tiempo para conocer las causas de este fenómeno. ¿Es la detección precoz más los tratamientos efectivos?

Para los chilenos, dentro de muy poco el cáncer de la próstata será el número uno en los hombres. Su comportamiento es muy parecido al cáncer de la mama, en cuanto a la edad de los pacientes, la relación de dependencia hormonal y el hecho de que puede curarse con la detección precoz. El screening en población sana, que no consulta, parece aportar algo, aunque no está clara su utilidad y relación costo-beneficio.

Referencias escogidas

1. Abbas F., Scardino P., The Natural History of Clinic prostate Carcinoma. Cancer 1997; 80:827-833.
2. Gann P.H., Hennekens CH., Stamper M:J., A Prospective Evaluation of plasma. Prostatic Specific Antigen for detection of Prostate Cancer JAMA 1995;273-289-94.
3. Scardino PT., Weaver R., Early detection of Prostate Cancer Hum Pathol. 1992;23:211-22,
4. Catalona W.J., Smith D.J; Raylif TL., Basler JW., Detection of Organ Confined Prostate Cancer is increased Through PSA based screening. JAMA 1993; 270:948-54