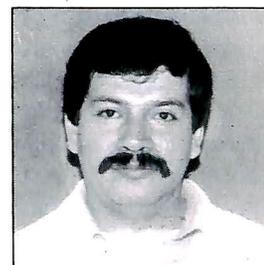


Incidencia de carcinomas e hiperplasias benignas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (1986 - 1990)



Drs. Alejandro Yabar Berrocal, Jesus Navarrete Siancas***

RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico retrospectivo del año 1986 a 1990 de las muestras de próstata recibidas en el Departamento de Anatomía Patológica, Servicio de Patología Quirúrgica y Necrópsias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-IPSS. El número total de próstatas estudiadas fueron 4365 con una desviación estandar (D.S) de 3.8 entre los 5 años, de ellas 3788 (86.8%) correspondieron a hiperplasias benignas, D.S 3.7; y, 577 (13.2%) fueron carcinomas, D.S 5.3, sólo los casos nuevos fueron 526 (12.0%). Los grupos etáreos más afectados fueron de 70 a 79 años (45.7%) del total de los especímenes prostáticos, los de 60 a 69 años (47.4%) con hiperplasia benigna, y de 70 a 79 años (37.6%) con carcinoma.

Palabras claves: Tumor, Hiperplasia, Próstata

CARCINOMA AND BENIGN HIPERPLASIA INCIDENCE IN THE EDGARDO REBAGLIATI MARTINS NATIONAL HOSPITAL

SUMMARY

It's realized a retrospective epidemiologic study between 1986 to 1990 of prostata cases received in surgical pathology and necropsy service, pathology Departament of the National Hospital Edgardo Rebagliati Martins-IPSS in Lima. 4365 cases were studied (SD 3.8), corresponding 3788 (86.8%) with SD 3.7 to benign hyperplasia and 577 (13.7%) with DS 5.3 to carcinoma and only new cases were 526 (12.0%). The most affected group were: 70 to 79 years old (45.7%) all of prostatic cases, 60 to 69 years old (47.4%) with benign hiperplasia and 70 to 79 years old (37.6%) with carcinoma

Key word: Hiperplasia, Prostatic, Cancer

(*) Médico Asistente del Servicio de Patología Quirúrgica y Necropsia

(**) Médico Jefe del Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

INTRODUCCION

La enfermedad prostática esta íntimamente relacionado a la edad en los dos tipos más frecuentes como son la hiperplasia benigna y el adenocarcinoma, para ambos hay teorías propuestas para explicar la etiología como son el medio ambiente, raza, estado social, alimentación, factores metabólicos, endocrinos, etc.⁽¹⁾, con respecto al factor endócrino se ha encontrado que los receptores para andrógenos están en el 90% de las hiperplasias y 66.6% en los adenocarcinomas, los receptores estrogénicos estuvieron presentes en 19% y 33% respectivamente ⁽²⁾.

En los hombres, el adenocarcinoma de próstata es la segunda causa más frecuente de cáncer y la segunda más común de muerte en los Estados Unidos⁽³⁾; igualmente en los países Nórdicos se encuentra una incidencia de 50 a 70/100000 habitantes, mientras que en los países Asiáticos es de 2 a 4/100000.

Tanto la hiperplasia benigna y el cáncer muestran un incremento paralelo en prevalencia con la edad de acuerdo a los estudios de autopsias (86.2% y 46.2% respectivamente hacia la novena década). La mayoría de los adenocarcinomas crecen en próstatas con hiperplasia benigna concomitante (83.3%) ⁽⁴⁾.

En el Perú a la fecha no se tiene datos precisos de la incidencia de ambas neoplasias, el Instituto de Enfermedades Neoplásicas observa que hay un incremento en los últimos años en el diagnóstico de adenocarcinomas. Se presenta este estudio epidemiológico en relación a grupos de edad en un trabajo retrospectivo de 5 años tanto para las hiperplasias benignas como para los carcinomas.

MATERIAL Y METODOS

Se ha hecho un trabajo retrospectivo desde el año 1986 a 1990 de los informes de las muestras de próstata recibidas y estudiadas en el Departamento de Anatomía Patológica, Servicio de Patología Quirúrgica y Necropsias consignadas en el archivo del Departamento, encontrándose un total de 4365 casos en la forma de prostatectomías suprapúbicas, resecciones transuretrales y biopsias; para la distribución por edades se tomó el dato de las órdenes de solicitud de examen anatomopatológico llenado por los urólogos pero hubo un 2.4% que no tenían ese dato, por lo que el número de casos fue menor a la del total, además para el adenocarcinoma también fue diferente, entre el número total de ellos y los casos nuevos registrados cada año.

RESULTADOS

En el departamento de Anatomía Patológica, Servicio de Patología Quirúrgica y Necropsias durante el periodo de 1986 a 1990 se procesaron y estudiaron un total de 79790 casos de los cuales 4365 casos correspondieron a próstata (5.5%), siendo esta una cifra similar en cada año de estudio individualmente (Tabla N° 1).

TABLA N° 1
NUMERO DE CASOS DE PROSTATA EN RELACION
AL TOTAL DE MUESTRAS
1986 - 1990

AÑO	TOTAL	%	Nº	%	OTROS	%
1986	14501	100.0	726	5.0	13775	95
1987	17001	100.0	1032	6.1	15969	93.9
1988	17002	100.0	927	5.5	16075	94.5
1989	18169	100.0	1044	5.7	17125	94.3
0990	13117	100.0	634	4.8	12483	95.2
TOTAL	79790	100	4363	5.5	75427	94.5

En relación a los casos de próstata, de los 4365 casos, 3788 correspondieron a las hiperplasias benignas (86.8%) y 577 a carcinomas (13.2%) (Tabla N° 2), al tomar en cuenta sólo los nuevos correspondió a 526 casos de carcinoma (12.0%); tanto para la hiperplasia benigna como para el carcinoma la desviación standard fue de 1.9 para cada uno en los 5 años, los casos que no contaron con el dato de edad fueron 2.4%, ($p > 0.05$) que estadísticamente no tiene significancia para el trabajo.

TABLA N° 2
NEOPLASIAS DE PROSTATA
1986 - 1990

AÑO	TOTAL	%	H. Benigna	%	Carcinoma	%
TOTAL	4365	100.0	3788	86.8	577	13.2
1986	728	100.0	647	88.9	81	11.1
1987	1032	100.0	907	87.9	125	12.1
1988	927	100.0	816	88.0	111	12.0
1989	1044	100.0	875	83.8	169	16.2
1990	634	100.0	543	85.6	91	14.4

Para el estudio estadístico de las hiperplasias benignas se consideró las hiperplasias de los acinis glandulares el crecimiento de la glándula como también al crecimiento de la próstata por hipertrofia nodular o difusa del estroma; y para los carcinomas, fueron consideradas todas las neoplasias malignas derivadas de los acinis (los más frecuentes, 95%), de los conductos y del estroma.

En la distribución por grupos de edad se ha encontrado en cada uno de ellos que las hiperplasias benignas son más frecuentes que los carcinomas en una proporción de 5.25/1, tomando en cuenta sólo los casos nuevos de carcinoma resulta ser 7.33/1.

Se encontró que las hiperplasias benignas son más frecuentes en el periodo de 60 a 69 años de edad (47.4%), (Tabla N° 3), seguido por el grupo de 70 a 79 años (28.6%), y en tercer lugar los de 50 a 59 años, esto significa que casi el 50% de los pacientes en el primer grupo de edad mencionado van a la atención médica para una intervención quirúrgica o biopsia.

TABLA Nº 3
NEOPLASIAS DE PROSTATA POR
GRUPOS DE EDAD
1986 - 1990

EDAD	TOTAL	%	H.Benigna	%	Carcinoma	%
< de 50	49	1.2	40	1.1	9	1.6
50 - 59	626	14.7	565	15.3	61	10.7
60 - 69	1946	45.7	1749	47.4	197	34.4
70 - 79	1268	29.8	1053	28.6	215	37.6
> de 79	371	8.7	281	7.6	90	15.7
TOTAL	4260	100.0	3688	100.0	572	100.0

En los carcinomas la distribución por grupos de edad es diferente a la de las hiperplasias benignas, siendo el más frecuente en el periodo de 70 a 79 años (37.6%), seguido por el grupo de 60 a 69 años (34.4%) y en tercer lugar el grupo mayores de 80 años (15.7%). (Cuadro 3); se debe tener en cuenta que de la cantidad de casos al separar los ya diagnosticados anteriormente (8% del total de carcinomas) no altera el porcentaje final para cada grupo de edad.

DISCUSION

Las neoplasias de próstata son una de las causas más frecuentes en los hombres mayores de 60 años que necesitan atención médica y por tal motivo tengan que asistir a centros asistenciales, por problemas de: hipertrofia y trabeculación de la vejiga, insuficiencia renal crónica, retención urinaria aguda, inestabilidad del músculo detrusor, hidronefrosis, infección urinaria recurrente, urolitiasis, hematuria; como complicaciones de la hiperplasia benigna; y la parte de la neoplasia maligna con comportamiento variable de acuerdo al tamaño del adenocarcinoma, al grado de diferenciación, estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, etc.⁽¹⁾. Se sabe también que la diferenciación entre la hiperplasia benigna y el cáncer prostático es difícil cuando el primero en su crecimiento no tiene características de lesión benigna.

En los Estados Unidos de Norte América el cancer de próstata se está incrementando rápidamente en los últimos años más que otros tipos de cancer relacionados con la edad, y estadísticamente se considera que aumentará en las próximas décadas⁽⁶⁾; en negros es casi el doble que en blancos, es el responsable del 3% de muertes de hombres por encima de los 50 años. También en Europa, especialmente en los países Nórdicos se encuentra una gran incidencia del cáncer de próstata, esto difiere sustancialmente con los países Asiáticos como Corea con una tasa de incidencia estimado en 1.36 y ajustado a la población mundial es de 2.98.⁽⁵⁾

Se considera que el 30% de los hombres mayores de 50 años sin evidencia clínica de cáncer de próstata tienen foco de carcinoma intraparenquimal detectado en la autopsia^(7,8,9,12,13), esto significa que éste órgano tiene la más grande prevalencia

que cualquier otro órgano de la economía para desarrollar neoplasia maligna en el humano, sin embargo, sólo el 1% de estos podrá ser diagnosticado de cáncer de próstata cada año, y sólo el 0.3% morirá de la enfermedad, lo que significa una enorme discrepancia entre la gran incidencia de la enfermedad en la autopsia y la baja incidencia en la clínica^(6,7,10,11).

Se estima que en un hombre de 50 años el tiempo de vida para desarrollar cáncer de próstata es de 42%, el riesgo de desarrollar cáncer clínicamente es de 9.5%, y el riesgo de morir por el cáncer de próstata es de 2.9%⁽⁷⁾.

El hallazgo más importante del presente estudio es la incidencia del carcinoma de próstata que se encuentra en un 12%, de ello el 5.24% son hallazgos incidentales o carcinomas microfocales (estadio 1A), Epstein-JI encuentra hasta un 16% en resecciones transuretrales⁽¹⁴⁾; además de la estrecha relación que existe entre la neoplasia prostática y la edad como refieren muchos autores. No sabemos la incidencia real a nivel nacional de éste carcinoma (el estudio de un año da similares cifras),⁽¹⁵⁾ para poder saber en que grupo poblacional ubicarnos con respecto a nivel mundial, de aquellos con una tasa como la Norteamericana y países nórdicos, ó en una tasa como la de los países Asiáticos.

CONCLUSION

Las neoplasias de próstata en el H.N.E.R.M merecen una atención importante puesto que de los paciente que van a ser tratados por crecimiento prostático hay un 12% que se les va a encontrar carcinoma en diferentes estadios, lo que significa un mejor o peor pronóstico en la vida futura del paciente de acuerdo al estadiaje hallado en ese momento; de igual manera, esta atención debe de ser más estrecha en los pacientes por encima de los 60 años de edad ya que estos son los grupos etáreos que más frecuentemente presentan esta enfermedad por lo que se debe hacer diagnósticos tempranos usando métodos tales como el tacto rectal, antígeno prostático específico, ecografía trans-rectal, biopsias, etc, conjuntamente con un buen manejo clínico.

Los hallazgos de este trabajo ameritan un estudio a nivel nacional por parte de la Institución, y se recomienda que exista formas de comunicación entre los diferentes centros asistenciales del país para conocer nuestra realidad de esta enfermedad de la tercera edad.

Correspondencia:

Dr. Alejandro Yabar Berrocal
Departamento de Anatomía Patológica
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Av. E. Rebagliati s/n. Lima 11.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mostofi F.K., Eduad B. Price, Jr., Tumors of the male Genital System, Armed Forces Institute of Pathology Washington D.C. 1973.

2. **Khalid BA, Nurshireen A, Rashidah M, Zainal BY, Roslan B, Mahamooth Z.** Steroid hormone receptors in prostatic hiperplasia and prostatic carcinoma. *Med-J-Malaysia*: 1990 Jun, 45(2), p 148-53.
3. **Trends in Prostatic Cancer-United Stated 1980-1988.** *MMNR-Morb-Mortal-wkly-rep*, 1992 Jun 12:41(23), p 401-4.
4. **Bostwick DG, Cooner WH, Denis L, Jones GW, Scardino PT, Murphy GP.** The Association of benign prostatic hyperplasia and Cancer of the prostate. *Cancer* 1992 July, 70(1 suppl), 291-301.
5. **Lee C, Lee ES, Choi H, Koh SK, Lee JM, Chai SE, Min BK, Lee SC, Yoon TR, Goh YH.** Incidence estimation of genitourinary cancer in Korea. *J-Korean-Med-Sc*, 1992 Jun, 7(2), 154-61.
6. **Carter HB, Coffey DS.** The prostate: An increasing medical problem prostate 1992, 16:39-48.
7. **Williams RD, ed.** Controversies in prostate Cancer management. Philadelphia, JB Lippincott, 1990:408-419.
8. **Scardino PT, Weaver R, Hudson MA.** Early detection of prostate cancer. *Human Pathology* 1992, 23:211-222.
9. **National Cancer Institute.** Roundtable on prostate cancer: Future research direction. *Cancer Res.* 1991, 51:2498-2502.
10. **Whitmore WF.** Natural history and staging of prostate cancer. *Urol. Clin. North Am.* 1984, 1:205-220.
11. **Mc Neal JE, Kindrachuk RA, Freiha FS, Bostwick DG, Redwine EA, Stamey TA.** Patterns of progression in prostate cancer. *Lancet* 1986, 11:60-63.
12. **Franks LM.** Latency and progression in tumors: The Natural History of prostatic cancer. *Lancet* 1956, 2:1037-1039.
13. **Scott RJ, Mutchnik DL, Laskowskitz TZ.** Carcinoma of the prostate in elderly men: Incidence, growth characteristics and clinical significance. *J. Urol.* 1969, 101:602-607.
14. **Epstein JI.** Cancer detected incidental to simple prostatectomy (stage A1): *J-Cell-Biochem-Suppl.* 1992, 16H:78-82.
15. **Navarrete S, J.** Cancer de próstata, estudio retrospectivo en 1986. *Seminario Taller. Soc. Peruana de Urología* 1994.