

MANEJO DE ESTADIO A Y B DEL CANCER DE PROSTATA

Prof. Dr. Víctor Politano

Es un placer para mí estar con ustedes. Es la cuarta vez que visito Buenos Aires, donde tengo muy buenos amigos. Lamento profundamente que no esté con nosotros nuestro gran amigo Alberto E. García, un gentil hombre al que quisimos mucho.

En los últimos 15 años se ha producido una confusión muy grande sobre el tratamiento del cáncer de la próstata no sólo en los Estadíos A y B, sino también en los Estadíos C y D.

Hay quienes sostienen que no es necesario dar estrógenos y hormonas, que no es indispensable practicar la orquidectomía. Otros creen que debe aconsejarse la prostatectomía radical, la radioterapia, la terapia inyectable radiactiva de oro y de yodo, o de cualquier otra sustancia.

Cuando yo era residente, el tratamiento del cáncer de la próstata era muy sencillo. Si era un caso temprano y se trataba de un hombre de unos 70 años, en buen estado de salud, le practicábamos una prostatectomía radical. Si era un caso más avanzado, le hacíamos una orquidectomía y le suministrábamos hormonas.

En la actualidad, es muy difícil saber cuál debe ser el tratamiento a instituir.

En los Estados Unidos hay 57.000 casos de carcinoma de próstata cada año, y por esa enfermedad mueren 19.000 personas al año. Es la segunda causa de muerte en los hombres.

Diap.: La incidencia es del 15 % de todos los casos de carcinomas en el hombre. Es rara antes de los 40 años de edad, pero suele encontrarse en algún paciente. La incidencia avanza de acuerdo con la edad.

Diap.: Young, en 1926, sostenía que el medio principal para llegar al diagnóstico de carcinoma de la próstata era el examen rectal. Desde entonces nada ha cambiado.

Si no se practica el examen rectal no puede hacerse el diagnóstico del cáncer de la próstata.

Han cambiado las técnicas para hacer la evaluación de pacientes con cáncer de cualquier tipo.

Diap.: Esta placa es de un paciente de 54 años, portador de cáncer de la próstata. Se advierte una masa tumoral en la próstata y los vasos principales. Conociendo la extensión de la enfermedad, podrá realizarse un diagnóstico más adecuado. Es importante hacer diagnóstico en los casos tempranos de estadío A y B, con biopsia por vía perineal o trans-rectal.

Diap.: Conocemos perfectamente el diagnóstico diferencial lo mismo que la metástasis. La vía ganglionar es bien conocida.

Antes no se practicaba la linfadenectomía como ahora, y siempre pensamos en la vía vascular, que es la principal. Probablemente, la vía principal sea la linfática.

Antes decíamos que no existían síntomas del cáncer de la próstata. Posiblemente, eso no sea así. Es probable que haya síntomas en los pacientes portadores de cáncer de la próstata, que son tempranos.

John...(?), hace 15 años, realizó un estudio en su práctica de 30 años tratando de encontrar un signo que nos dé una idea que el paciente tenía cáncer de la próstata, aun cuando el examen rectal era normal. Señalaba que todos los pacientes que tenían cáncer temprano de la próstata tenían como síntoma la frecuencia y urgencia de las micciones, situación que comenzaba 3 ó 4 meses antes de acudir a la consulta médica.

Diap.: La confusión se debe, posiblemente, al cambio que se hace todos los días en la valoración de los datos que aporta el examen rectal.

Diap.: En esta vieja lámina, el Estadío A era un nódulo. Ahora, lo conocemos como Estadío A y Estadío B.

Diap.: Este es un carcinoma oculto que no se percibe en el tacto rectal. Ya no es un Estadío A sino B.

Diap.: Esta es una lámina en la que se reseña la opinión de distintos autores que han escrito sobre el cáncer temprano de la próstata.

Resulta imposible captar los nombres de los autores y las características de los distintos Estadíos del cáncer de la próstata.

Diap.: Esta es una lámina de varios autores que han escrito sobre el cáncer temprano de la próstata:

Boswell (?) describe: A₁ focal bien diferenciado y menos de 3 pedacitos por cáncer encontrados en la resección trans-ureteral; A₂ más benigno y diferenciado.

Columbus y asociados: A₁ cualquier cosa menos Estadío 2 y más de cinco pedacitos con polo diferenciado carcinoma.

Cathlen Scart (?) dice: AF focal, A₁ solamente un nódulo con cáncer. Esto es lo que nosotros antes llamamos Estadío B o C. A₂ multifoco o difuso.

Tony Hughes (?): A₁ foco bien diferenciado, A₂, 50 % de la pieza que tiene tumores de gran grado.

Light and Assoc.: focal o difuso. A₁ bien diferenciado, menos de tres pedacitos con carcinomas. B₂ más volumen y menos bien diferenciado.

Columbus y Moraes: focal bien diferenciado menos de 5 pedacitos y piezas microscópicas con trozos de carcinoma. B₂ incidental multifocal y de gran diferenciación.

Si las autoridades en la materia no se han puesto de acuerdo, ¿cómo podemos hacerlo nosotros?

Diap.: Este es un carcinoma de próstata bien diferenciado, poco diferenciado, y también se encuentra bien diferenciado y pobremente diferenciado en la misma biopsia.

Diap.: Esta lámina de Whitmore sobre la progresión del cáncer de la próstata, dice que la progresión de los Estadíos puede ser lineal (A; B, C, D), que en un paciente puede tener un Estadío A toda la vida o avanzar hacia los Estadíos B, C o D.

Estamos de acuerdo en esta progresión. Considero que todo cáncer va progresando y pasando de un Estadío a otro. Si estamos de acuerdo con este concepto, debemos consi-

derar qué decisión debemos tomar en estos casos de cáncer que pueden ser curables.

Diap.: Se le ha preguntado a Whitmore cuál es la conducta a seguir en el carcinoma de la próstata. Dice que en el Estadío A no hay que hacer nada y que si el paciente tiene un Estadío B, una de las alternativas es la irradiación o la excisión radical.

Diap.: Se observa aquí qué encontramos en los linfáticos. Cuando se practica una sección de los linfáticos, se encuentra que el 4 o 5 % de los pacientes con Estadío A tienen linfáticos positivos. Entonces, no es más Estadío A, sino B.

En el Estadío B se encuentran del 10 al 15 % de los pacientes con carcinoma en los linfáticos. Y en el Estadío C, más o menos, un 65 % de los pacientes tienen ganglios positivos. Por lo tanto, ¿cómo podemos dejar a un paciente con un Estadío A en que existe la posibilidad de tener solamente 4 a 5 % de linfáticos positivos y esperar hasta que llegue al Estadío B con 10 a 15 % de los ganglios positivos? Si se espera llegar al Estadío C no tendremos ninguna posibilidad de curar al paciente.

Yo quisiera conocer el pensamiento de aquellos que cuando hablan del cáncer de la próstata, no quieren operar tempranamente. En ningún otro cáncer del ser humano esperamos hasta que el cáncer esté más avanzado. En todos los cánceres operamos precozmente y cuanto antes mejor. Lo cierto es que en el cáncer de la próstata esperamos que el mismo esté más avanzado y, entonces, tendremos menos posibilidades de curar.

Diap.: Estamos ante el problema de que se presentan 57.000 casos nuevos de cáncer de la próstata cada año en los Estados Unidos y que mueren 19.000 pacientes por esa enfermedad todos los años. Si no pensamos en la gravedad de este problema no podremos curar a estos enfermos.

Diap.: Estamos ante un dilema: cómo tratar el carcinoma de la próstata.

Algunos autores sostienen que no hay que hacer nada. Otros señalan que debe practicarse la prostatectomía radical, que existe la posibilidad de la irradiación externa, I_{125} , oro radiactivo o los dos, estrógenos, orquidectomía, adrenalectomía, hipofisectomía... ¿qué vamos a hacer?

Diap.: Veamos esta estadística para ver qué pasa.

Este es el control de enfermos sin tratamiento: en 5 años el 90 % de los pacientes ha fallecido.

De los pacientes sometidos a orquidectomía y hormonas han fallecido el 56 % y, de aquellos a los que se les ha practicado la prostatectomía radical, ha fallecido el 34 % y a los cinco años está vivo el 66 %.

Diap.: Este es un resumen del John Hopkins, del Bellevue Institute, en 10 años la supervivencia es del 50 % y en los casos de la Mayo Clinic, hay del 73 al 78 % vivos en 10 años. En el estudio de Born (?), dándoles hormonas, 22 % vivos y Cut (?), no haciendo nada, 24 %.

Diap.: En otro estudio, la supervivencia con la prostatectomía radical es del 74 %, del 63 %. Lo importante es que la supervivencia en 10 años es del 34 al 50 %.

Diap.: Este estudio es de la Mayo Clinic. Practicando prostatectomía radical en Estadío B —74 % operados— a los 15 años o más, viven en un 54 %; sin evidencia de cáncer de la próstata, hay un 48 %. Sobre 115 personas operadas hace 10 o más años, existen 72 % que continúan viviendo y 57 % sin evidencias de carcinoma.

Diap.: Esta es otra estadística. La supervivencia de los Estadíos A y B es similar a la de las personas de 72 años de edad.

Diap.: Una estadística más nueva del John Hopkins Hospital demuestra que existe una buena posibilidad de curar a estos pacientes con la prostatectomía radical cuando se ha realizado la selección de los pacientes. En una primera estadística que han publicado de 103 casos, de 1909-1951, la supervivencia de 16 años es de alrededor del 34 %. Y de 1951-1963, la supervivencia de 15 años es mayor al 50 %. Quizá ello se deba a la mejor selección de los pacientes. Lo cierto es que existe una supervivencia de 15 años con la prostatectomía radical, lo que no se encuentra con ningún otro tipo de terapia.

Diap.: Estas diapositivas muestran varias cosas: pacientes con carcinoma de la próstata bien diferenciado o moderado, están haciendo una vida normal para un hombre de 66 años. Cuando más diferenciado es el tumor, mejor vive el paciente.

Otro dice más o menos lo mismo: paciente tratado con linfadenectomía, prostatectomía total, e irradiación tiene mejor pronóstico de supervivencia que aquellos pacientes tratados con hormonas, linfadenectomía e irradiación externa.

En el tumor mejor diferenciado, el pronóstico es bueno, no importa el tipo de terapia o combinación de terapias que se realice. Si el tumor es avanzado y pobremente diferenciado, el pronóstico es malo.

Diap.: Aquí se ha practicado la linfadenectomía y la prostatectomía radical. Cuando ocurre la primera metástasis, el pronóstico es malo. Cuando se presentan metástasis, los resultados son todos malos.

Unas palabras sobre el I_{125} . No sé si lo usan en la Argentina, pero en los Estados Unidos existe gran experiencia con el mismo.

En teoría, es un buen concepto. Se puede irradiar la próstata con un volumen de radioterapia de 15 a 16.000 rads sin que se produzcan problemas en el tejido ubicado alrededor de la próstata.

Si se hace terapia externa, al llegar a los 6.000 rads en la próstata, se produce una irradiación en todo el tejido, desde la piel hasta la próstata, y hay muchas complicaciones con la radioterapia externa. Pero en nuestras manos no creo que el I_{125} no pueda producir la misma terapia que la prostatectomía radical.

Diap.: Esta es una comparación de los estudios de la Mayo Clinic sobre prostatectomía radical y los de terapia externa de Big Shot (?). Estos últimos estudios han sido llevados a cabo en todos los pacientes con cáncer de la próstata; han hecho una exploración y la linfadenectomía. Se encontró que si el tumor estaba limitado a la próstata, si los ganglios eran negativos, tenían una supervivencia de 10 años en un poco más del 40 %. Si el tumor estaba fuera de la cápsula de la próstata y había ganglios positivos, la supervivencia de 10 años era de alrededor del 35 %.

En la Mayo Clinic, cuando a los pacientes se les había practicado una prostatectomía radical, había una supervivencia del 72 a 73 % y más del 50 % de los pacientes vivían sin tumor.

¿Tenemos, entonces, que pensar otra vez por qué no practicamos prostatectomía radical? Si tenemos la posibilidad de curar a estos enfermos, ¿por qué no realizamos esa operación? ¿Por qué es diferente nuestra conducta en el carcinoma de la próstata y en el de la vejiga?

En ambos casos los pacientes son impotentes y existe la posibilidad de la incontinencia. Casi todos los pacientes son impotentes. También lo son después de una cistectomía.

Otros pacientes son impotentes luego de una disección transureteral, abdominoperineal o perineal. Casi el 70 % de los casos en que hacemos I₁₂₅ son impotentes. También se produce impotencia en los casos de derivación externa, de castración y de terapia con estrógenos. La mortalidad de la prostatectomía radical bien hecha y en buenas manos es menor del uno por ciento. La incontinencia se puede curar con varios procedimientos.

¿Pero por qué pensamos en forma distinta con el carcinoma de la próstata? No creo que exista diferencia entre el carcinoma de la próstata y el de la vejiga.

Diap.: Big Shot (?), después del estudio de la radioterapia externa, afirma: es obvio que la radioterapia sola es inadecuada. Estoy de acuerdo con eso, porque hemos visto numerosos pacientes sometidos a radioterapia, la que casi no ha llegado al cáncer de la próstata.

Si no se opera el carcinoma de la próstata, no tenemos ninguna seguridad de que se va a curar con el I₁₂₅ o radioterapia externa.

Diap.: Para controlar el proceso, es necesario hacer el exa-

men rectal con frecuencia, a toda edad de los pacientes y, si se encuentra un nódulo o un carcinoma incipiente, es menester ser agresivo. Sin embargo, ante el cáncer de la próstata cerramos los ojos y esperamos que el paciente tenga metástasis antes de proceder.

Diap.: En los Estados Unidos existe un movimiento que señala que los estrógenos no sirven para nada y que los pacientes mueren de los efectos cardiovasculares de las hormonas. Yo no creo en eso. Aquí pueden ver un paciente con metástasis en los pulmones. Después de la orquidectomía y de la administración de hormonas, ha mejorado. Cuando hablamos de cáncer de testículo y nos referimos a la quimioterapia, estamos satisfechos. También lo estoy yo cuando lo veo en el cáncer de la próstata.

Diap.: Este es otro caso: un paciente con metástasis alrededor del ojo. La orquidectomía y la hormonoterapia lo mejoró.

Entiendo que lo importante es no dormirnos sobre el problema.

Para mejorar las estadísticas de estos casos, es importante hacer diagnósticos tempranos y debemos adoptar conductas agresivas como lo hacemos con el carcinoma del testículo, de la vejiga y de otros órganos.