

Comparación de la biopsia prostática según la escala de Gleason con el estudio histológico de la prostatectomía radical

José Gaibor T. ⁽¹⁾, Oswaldo Rocha L. ⁽²⁾, David Granda G. ^(3,4), Carolina Mesías A. ⁽³⁾, Hugo Vivanco A. ⁽³⁾, Fernando Guzmán G. ⁽³⁾, Paola Cáceres G. ⁽³⁾

Rev Fac Cien Med (Quito) 2013; 38: 93-96.

Contexto

El cáncer de próstata es el principal diagnóstico de cáncer en el hombre y constituye la segunda causa de muerte por cáncer en los países desarrollados. A nivel mundial ocupa el cuarto lugar en frecuencia, con tasas de incidencia y mortalidad que varían ampliamente entre los diferentes países y regiones. Por ejemplo, la tasa de mortalidad por cáncer de próstata en Noruega (24/100000 hab.) duplica a la registrada en España (13/100000 hab.) y en países asiáticos China (5.5/100000 hab.) y Japón (4/100000 hab.) presentan las tasas más bajas de mortalidad ^[1, 2]. Según el Registro Nacional de Tumores SOLCA-Quito, se reporta que desde el año 1995 el cáncer de próstata es el tumor de mayor incidencia, con 20.5 casos por 100000 habitantes ^[3].

La incidencia del cáncer de próstata aumenta con la edad; el 90% de los casos se diagnostican en varones mayores de 65 años. Su etiología está relacionada con la genética, factores raciales, familiares, estilos de vida y exposiciones ambientales ^[4]. Aproximadamente el 30% de los mayores de 50 años sin clínica de cáncer de próstata, presentan un diagnóstico histológico en los chequeos médicos de rutina. Se estima que 1 de cada 6 varones desarrollara cáncer de próstata a lo largo de la vida ^[2 - 4].

Desde el punto de vista anatómico-patológico, más del 95% son adenocarcinomas y el 5% restante corresponden a carcinomas de células escamosas o transicionales y sarcomas, entre otros ^[5]. El estadio histológico es uno de los factores predictivos más importantes en el cáncer de próstata. El sistema más utilizado para estadiar el cáncer de próstata es el Score de Gleason, un sistema arquitectural realizado bajo microscopía que permite establecer el grado de diferenciación de las glándulas y el

patrón de crecimiento del tumor en relación al estroma prostático, que identifica y suma los dos patrones, proporcionando valores del 2 al 10 según el grado de diferenciación ^[6].

Se ha documentado que en el espécimen de prostatectomías radicales se puede encontrar un Score de Gleason más alto hasta en un 50% que de las biopsias previas a la cirugía y por el contrario un Score de Gleason más bajo (subestadificación) hasta en 80% de los reportados como de alto grado en las biopsias ^[7]. Es decir, muchas veces el Score de Gleason de las biopsias no es el mismo que el de la pieza quirúrgica obtenida por prostatectomía radical. Esta diferencia suele explicarse por la poca cantidad de tejido recogido en la biopsia ^[8].

En el Hospital Solón Espinosa Ayala (SOLCA-Quito) en forma rutinaria se realizan biopsias octantes ecográficas dirigidas transrectales, previamente tamizadas con los valores de antígeno prostático específico (PSA), examen digital de la próstata y ecografía. El presente trabajo tuvo por objetivo apreciar la concordancia del Score de Gleason de la biopsia y el de las piezas quirúrgicas en los pacientes sometidos a prostatectomía radical y resección transuretral desde enero 2007 a enero 2011.

Métodos

Se analizaron en forma retrospectiva (período 2007 a 2011) los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata atendidos en el Hospital Solón Espinosa Ayala (SOLCA-Quito), incluyendo en el estudio a los pacientes que se sometieron a biopsias prostáticas y posteriormente tuvieron una prostatectomía radical, así como unos pocos casos sometidos a resección transuretral desobstructiva. Se excluyó a los pacientes que recibieron radioterapia, orquiectomía simple bilateral o bloqueo androgénico. Los casos con estadios avan-

1 Médico, Cirujano Urologo, Jefe del Servicio de Urología, Hospital Oncológico "Solón Espinosa Ayala" (SOLCA)-Quito.
2 Médico, Cirujano Urologo, Tratante, Servicio de Urología, Hospital SOLCA-Quito. Docente, Facultad de Ciencias Médicas, UCE.
3 Médico, Residente, Hospital SOLCA-Quito.
4 Postgradista de Urología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.

Correspondencia:
Dr. David Granda.

Email:
dan_dav77@hotmail.com

Palabras clave
Prostatectomía, Score de Gleason, Biopsia, Histopatología

Recibido:
31 - Octubre - 2013
Aceptado:
17 - Diciembre - 2013



Artículo con licencia
Creative Commons 4.0
Internacional
para Reconocimiento
- No comercial
- Sin obras Derivadas

CARTA DE INVESTIGACIÓN

zados manejados con resección transuretral desobstructiva fueron considerados para establecer la correlación entre la biopsia y la histopatología definitiva. No se estudiaron los pacientes que ingresaron a SOLCA con biopsias realizadas fuera del Hospital. El Score de Gleason permitió dividir a los pacientes en tres grupos: bien diferenciados (Gleason de 2 a 4), moderadamente diferenciados (Gleason de 5 a 7) y pobremente diferenciados (Gleason de 8 a 10). Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva básica.

Resultados

Se analizaron en total 142 casos, todos con biopsias previas a la cirugía, de los cuales 103 fueron sometidos a prostatectomía radical (PR) y 39 a resección transuretral (RTU). La distribución global de los puntajes de Gleason de la biopsia por punción y de la pieza quirúrgica se detalla en la **tabla 1**. La mayoría de los casos presentaron un puntaje de Gleason entre

5 y 7, tanto para la biopsia (77.4%) como para la pieza quirúrgica (71.8%).

En un 35.9% de los casos se observó que existe una correlación similar entre las biopsias y el estudio de las piezas quirúrgicas. La supraestadificación o subestadificación de la biopsia con respecto al resultado histopatológico definitivo post-quirúrgico se describe en la **tabla 2**. Hubo una supraestadificación del 42.9%, solo un 35.9% de los datos comparados coincidieron en la biopsia y el estudio definitivo y el 21.1% de los resultados histopatológicos fueron inferiores en relación al Score Gleason proporcionado por la biopsia.

En general el grupo de edad predominante fue el de 61 a 70 años y en estos sujetos el Gleason de mayor frecuencia fue el moderadamente diferenciado. Según los grupos de edad, la más extrema fue la menos común, pero en este grupo el Gleason fue más agresivo (puntaje 8 a 10); **tabla 3**.

Tabla 1. Distribución global de los puntajes de Gleason de la biopsia por punción y de la pieza quirúrgica. SOLCA-Quito, 2007 – 2011.

Score de Gleason	Biopsia por Punción n=142 (%)	Pieza quirúrgica n=142 (%)
Bien diferenciados (2 a 4)	7 (4.9)	3 (2.1)
Moderadamente diferenciados (5 a 7)	110 (77.5)	102 (71.8)
Pobremente diferenciados (8 a 10)	25 (17.6)	37 (26.1)

Tabla 2. Estadificación de la biopsia con respecto al resultado histopatológico definitivo post-quirúrgico. SOLCA-Quito, 2007 – 2011.

Score Gleason de Biopsia	Supraestadificación (n=61 [42.9%])	Igual estadio (n=51 [35.9%])	Infraestadificación (n=30 [21.1%])	Total (n=142 [100%])
2 a 4	7	—	—	7
5	4	2	—	6
6	36	29	8	73
7	8	14	9	31
8	5	2	3	10
9	1	4	5	10
10	—	—	5	5

Datos se presentan como número absoluto de pacientes.

Tabla 3. Distribución de los casos según su edad y el puntaje de Gleason post-quirúrgico. SOLCA-Quito, 2007 – 2011.

Score Gleason	50 a 60 años (n=16)	61 a 70 años (n=72)	71 a 80 años (n=44)	81 años o más (n=10)	Total (n=142)
2 a 4	--	2	1	--	3
5 a 7	14	62	26	--	102
8 a 10	2	8	17	10	37

Datos se presentan como número absoluto de pacientes.

Comentarios

Esta investigación confrontó los reportes de las biopsias prostáticas con los del estudio histopatológico definitivo, encontrando una supraestadificación en los resultados de las piezas quirúrgicas en los casos bien diferenciados (Gleason 2 a 4) y una subestadificación en los pobremente diferenciados (Gleason 8 a 10), mientras que en los casos de moderada diferenciación (Gleason 5 a 7) la concordancia entre la biopsia y el estudio definitivo fue mejor.

Entre las razones que pueden ser la causa de la diferencia del Score de Gleason entre la biopsia y el espécimen quirúrgico están: la pequeña cantidad de tejido de la biopsia versus la gran cantidad de la pieza quirúrgica, la heterogeneidad histológica del tumor, el tiempo transcurrido entre la realización entre la biopsia y la cirugía, y la experticia del patólogo.

En un estudio realizado en Coruña-España, se observó una concordancia del 53.4% entre el Gleason y prostatectomía radical, mientras que 4.6% de los pacientes presentaron una puntuación mayor de Gleason en la biopsia y 42% un menor Gleason en la biopsia que en la prostatectomía radical [9]. En cambio en un estudio de la biopsia prostática guiada por ultrasonido y prostatectomía radical realizado en México, se encontró una variación en el grado de Gleason desde 3 hasta 9 y en el 31.3% de los casos el resultado histopatológico resultó con un menor puntaje de Gleason (subestimación), en 27.45% hubo coincidencia en el reporte histopatológico y en 41.27% de las veces un menor puntaje (sobrestimación) [10].

En conclusión la biopsia prostática continúa siendo la mejor herramienta que disponemos para el diagnóstico de cáncer de próstata, sin embargo su resultado debe ser valorado con cautela. Aunque el Score de Gleason de la biopsia es un importante factor pronóstico, el puntaje en la pieza quirúrgica es el mejor factor predictivo del comportamiento y evolución de la enfermedad. Sería ideal que el mismo patólogo realice el estudio de la biopsia prostática como el estudio final histopatológico de la pieza quirúrgica.

Comentarios

Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento

Fondos propios de los investigadores.

Referencias

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 69-90.
2. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 212-36.
3. Iza N, Posligua E, Ramírez M. *Urología Práctica*; 2001: 299.
4. Platz EA, Rimm EB, Willett WC, Kantoff PW, Giovannucci E. Racial variation in prostate cancer incidence and in hormonal system markers among male health professionals. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 2009-17.
5. Ries LAG, Melbert D, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2005. Bethesda: National Cancer Institute, 2008.
6. Vásquez JB, Rodríguez A, Pazos A, Rodríguez J, Medina V. Score Gleason de la biopsia prostática: valor predictivo en el estadio patológico final del cáncer de próstata. *Revista Peruana de Urología* 2004; XIV: 100-102.
7. Algaba Arrea F, Chivite de León A, Santauria Segura JM, Oliver Samper A. Representación del "score" Gleason en la biopsia prostática del "score" Gleason definitivo de la prostatectomía radical. *Actas Urología Esp* 2004; 28: 21-26.
8. Oyanedel P, Sandoval JC, Verdugo F, Salazar A. Correlación en grado de gleason entre biopsia prostática por punción y biopsia diferida luego de prostatectomía radical: ¿es confiable la información de la biopsia por punción para la toma de decisiones? *Rev Chil Urol* 2007; 72: 257-60.
9. Pino LA.; Fumadó Ciutat LI, Lorente Garín JA, Rijo Mora E, Ubré Lorenzo A, Henao Macaya S, et al. Concordancia en el grado de Gleason de la biopsia de próstata con 12 cilindros y la pieza quirúrgica: subanálisis en pacientes de bajo riesgo. Vigo-España: LXXVII Congreso Nacional de Urología; 2012: P-85.
10. Rodríguez RJA, Rivas GR, Jáuregui ME, Rodríguez FJ, Camarena GLL. Correlación del grado de Gleason de la biopsia prostática guiada por ultrasonido y prostatectomía radical realizada en el Hospital General del Occidente. *Rev Mex Urol* 2010; 70 (suppl 2): 103-104.