

## COMUNICACIÓN

# Ecografía transrectal y cáncer de próstata

**Dra. Patricia Erazo Torres**

**Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba**

El cáncer de próstata, a nivel mundial, es la sexta causa de muerte, con una incidencia y una mortalidad marcadamente variables entre los diferentes países; se presenta con frecuencia en hombres de más de 60 años y los síntomas principales son la disuria, la polaquiuria y la hematuria; su diagnóstico ha cambiado mucho durante la última década debido, precisamente, al desarrollo de técnicas como el ultrasonido transrectal o la determinación sérica del antígeno prostático -su utilización racional depende de la comprensión de la historia natural de esta neoplasia-.<sup>1-3</sup>

Conocer la anatomía prostática y sus dimensiones es importante en el momento de identificar una lesión tumoral. General y normalmente la próstata mide 30mm de ancho por 30mm de profundidad y 40mm de longitud, además se divide en tres zonas: una periférica, que corresponde al tejido que rodea a la uretra distal y forma parte de los sectores posteriores, laterales e inferiores de la glándula y constituye su 70%; una central, que constituye el 25% del tejido, forma la base de la próstata y se relaciona con la uretra proximal y una de transición, que constituye del cinco al 10% y corresponde al tejido glandular ubicado a cada lado de la uretra proximal. Las lesiones ubicadas en la zona periférica son muy sugestivas de malignidad.<sup>3-5</sup>

Definitivamente el desarrollo de la tecnología con el ultrasonido transrectal ha permitido obtener imágenes diagnósticas de la glándula prostática; su interés deriva de la inmensa frecuencia de problemas clínicos, tanto benignos como malignos, causados por este pequeño órgano.<sup>6,7</sup> La primera aplicación del ultrasonido transrectal fue en 1964, pero por su mala calidad no tuvo aplicación clínica; en 1971 se obtuvieron mejores resultados al examinar la apariencia ultrasonográfica de la hiperplasia prostática, de la prostatitis, de los abscesos y de los cálculos prostáticos; en 1990 su utilización se dirigió hacia la detección de cáncer prostático, por lo que adquirió mayor relevancia y utilidad y es reconocido como el método de elección para la guía de la biopsia prostática.<sup>6,8</sup>

Con este método se pudo determinar la presencia de nódulos prostáticos, definir su ecogenicidad y su ubicación y estimar el volumen tumoral, así como la existencia de extensión extracapsular y el compromiso de las vesículas seminales.<sup>6-8</sup>

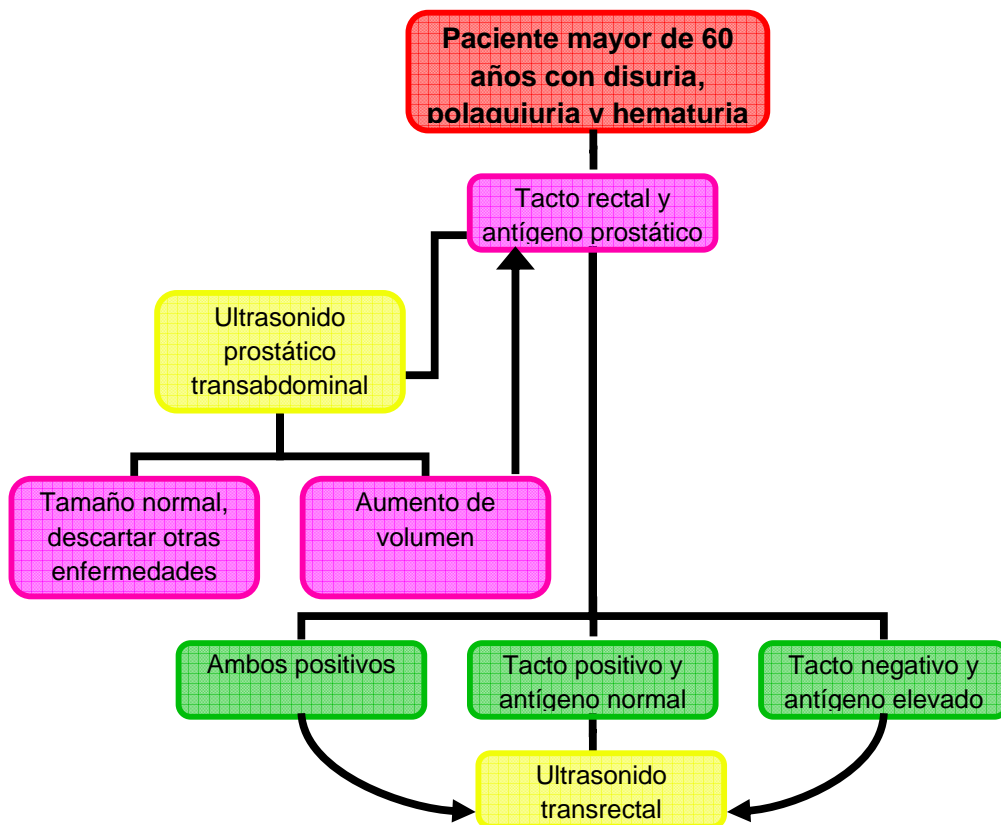
El criterio clásico de diagnóstico ecográfico de cáncer de próstata es la presencia de un nódulo hipoecogénico, que puede ser único o múltiple, en la zona periférica, o distribuido en toda la glándula, con carácter no deformable a la compresión con el transductor y con flujo periférico al aplicar Doppler color.<sup>6-8</sup>

El aumento del tamaño asociado a una consistencia dura e irregular de la próstata, así como valores por encima de 10ng/ml de antígeno prostático (PSA), están fuertemente relacionados con la presencia de nódulos hipocogénicos de los que, al realizar biopsia, aproximadamente el 70% corresponden con adenocarcinoma;<sup>9,10</sup> sin embargo, no se descartan otros hallazgos ecográficos del nódulo, principalmente la hiperecogenicidad, que podría corresponder con carcinomas ductales. Se debe prestar atención a signos indirectos como la infiltración de las vesículas seminales, la distorsión de la cápsula y el borramiento del ángulo formado entre la próstata y las vesículas seminales.

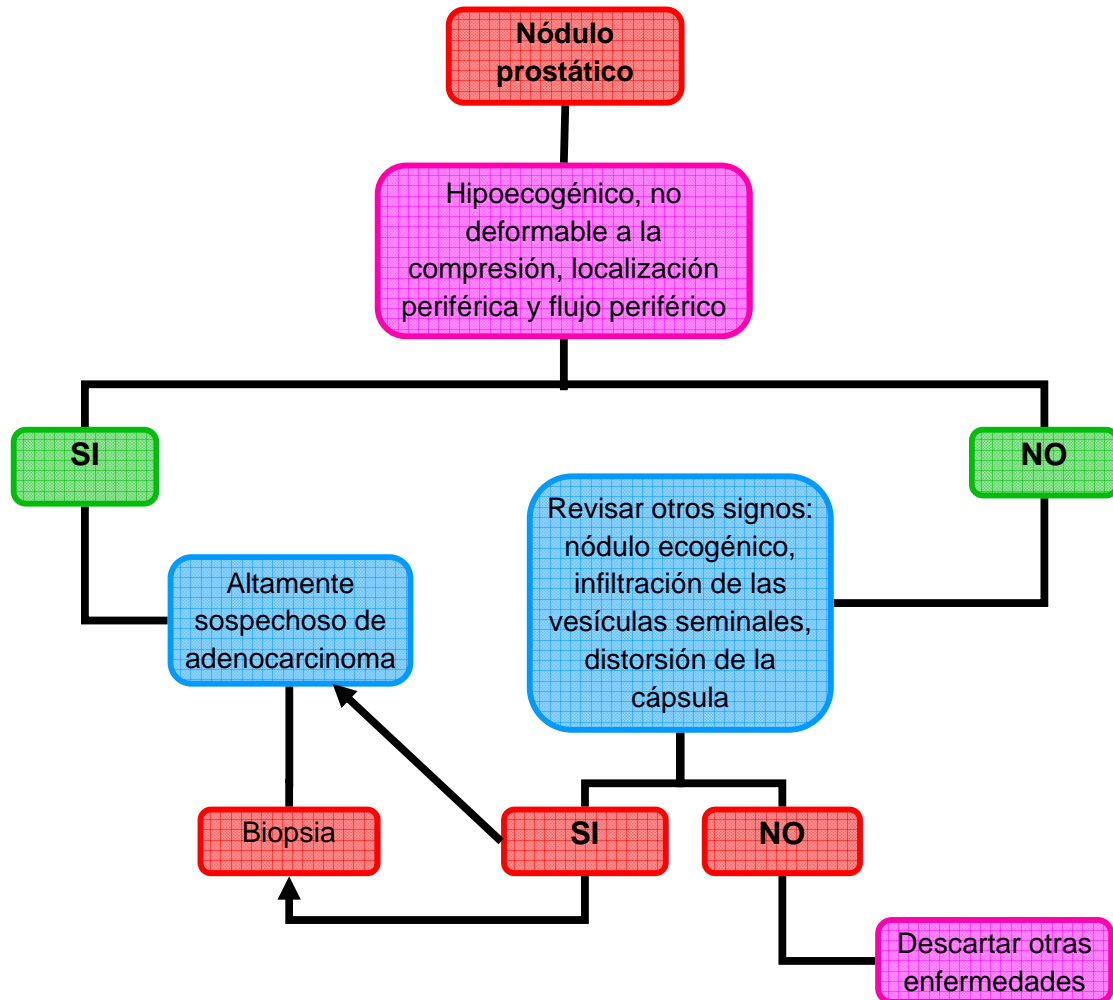
¿Cuándo indicar el ultrasonido transrectal?

- En pacientes con síntomas de prostatismo, con tacto rectal normal y cifras de PSA elevadas.
- En pacientes con síntomas de prostatismo, con tacto rectal alterado y cifras de PSA elevadas o normales.
- En caso de existir aumento del volumen demostrado por ultrasonido abdominal con cifras de PSA elevadas o normales.
- Para definir las características de un nódulo prostático.
- Como guía de procedimientos intervencionistas, biopsia con aguja fina guiadas por ultrasonido y localización pre-quirúrgica de lesiones.

Algoritmo de diagnóstico en pacientes con sospecha de cáncer prostático



¿Qué se debe hacer ante el hallazgo de un nódulo prostático?



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2015 [Internet]. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2015 [citado 5 May 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/.../acspsc-044552.pdf>
2. Boyle P, Gandini S, Baglietto L, Seberi G. The epidemiology of prostate cancer. Eur Urol. 2001;39(Suppl 4):2-3.
3. Howlader N, Noone AM, Krapcho M (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2012 [Internet]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2014 Nov [citado 5 Dic 2014]. Disponible en: [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2011/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2011/)
4. Kimura O, Gill S, Desai M. Real-time transrectal ultrasonography during laparoscopic radical prostatectomy. J Urol. 2004;172:112-18.
5. Brooks DJ. Anatomía del tracto urinario inferior y de los genitales masculinos. En: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, OEIN edit. Campbell Urología. México: Médica Panamericana; 2004. p. 64-7.

6. Toi A, Neill MG, Lockwood GA, Sweet JM, Tammsalu IA. The continuing importance of transrectal ultrasound identification of prostatic lesions. *J Urol.* 2007;177:516-20.
7. Shim HB, Lee SE, Park HK, Ku JH. Significance of suspicious lesions at transrectal ultrasonography in men with serum prostate-specific antigen levels of 20ng/ml. *Tumori.* 2007;93:178-81.
8. Park SJ, Miyake H, Hara I, Eto H. Predictors of prostate cancer on repeat transrectal ultrasound. Guided systematic prostate biopsy. *Int J Urol.* 2003 Feb;10(2):68-71.
9. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M. SPCG-4 Investigators. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med.* 2011;364:1708-17.
10. Antonarakis ES, Feng Z, Trock BJ. The natural history of metastatic progression in men with prostate-specific antigen recurrence after radical prostatectomy: Long-term follow-up. *BJU Int.* 2012;109:32-9.

Recibido: 8-4-15

Aprobado: 27-4-15

**Patricia Erazo Torres.** Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000