

## CANCER DE PROSTATA

Por el Dr. ADOLFO FORT

En el año 1944, en carácter de relator oficial y en sesión especial dedicada al tema: "Estado actual del cáncer de la próstata", realizada en el Círculo Médico de Rosario, hicimos conocer nuestra opinión y experiencia sobre este problema, que había cobrado en esa fecha particular interés, después de las publicaciones de Huggins, porque a nuestro entender ello significaba una de las aportaciones más afortunadas de los últimos años para aclarar el intrincado y hasta hoy obscuro problema de su etiopatogenia, a la vez que señalaba un avance de inestimable valor en la faz terapéutica.

Hoy, siete años más tarde, podemos repetir la casi totalidad de las conclusiones a las que arribáramos en este relato. Decíamos en el citado trabajo publicado en la "Revista Médica de Rosario": "la última palabra aun no está dicha, necesitándose una mayor documentación clínica-experimental sobre estos hechos, ya que la interrelación endócrina entre testículo e hipófisis y suprarrenal es compleja y aun no definitivamente aclarada. De cualquier modo el paso que se ha dado es grande hacia el control hormonal del cáncer, esperando que el tiempo confirme los resultados que hasta hoy se han obtenido, sin que por ello olvidemos que, en materia de curación del cáncer de la próstata, es necesario que transcurran más de 5 años".

De entonces a la fecha, nuestra reducida experiencia basada sobre 37 casos, podemos superponerla a las conclusiones a que han llegado Nesbitt y Baum sobre 1818 casos, utilizando una estadística que representa la práctica de un cierto número de urólogos americanos. Dichos autores afirman que el entusiasmo inicial se ha moderado cuando se comprueba que los beneficios no son la regla, y que la intensidad y duración de los efectos favorables son variables, sea ya cuando se utiliza la estrógenoterapia o la castración.

Huggins, en noviembre de 1949, resume su experiencia con la orquidectomía y los estrógenos concluyendo que dicho tratamiento mejora el 90 % de los enfermos, y que en el 55 % de los casos la remisión de los síntomas dura dos años y que luego hay una recaída, y que el 75 % de los pacientes tratados mueren dentro de los 5 años. Agrega además que los resultados más favorables los ha obtenido en los hombres de edad avanzada.

Ambos autores le confieren igual valor terapéutico a la orquidectomía y a la estrógenoterapia cuando no hay metástasis; cuando existen, la orquidecto-

mía parece superior en sus resultados a la hormonoterapia, y ésta no aumenta la eficacia de la primera. En resumen, creen estos autores que la combinación de ambos procedimientos resulta de acción más eficaz que la utilización aislada de cada uno de ellos.

Frente a estas conclusiones, basadas en tan grande número de enfermos, debemos recapacitar sobre aquel entusiasmo inicial en que vislumbráramos un futuro lleno de esperanzas para estos enfermos. Indudablemente se ha conseguido bastante al procurarles alivio y mejoría inmediatas, a veces espectaculares, pero seguimos creyendo que la cirugía es el único recurso terapéutico que ofrece garantías de curabilidad.

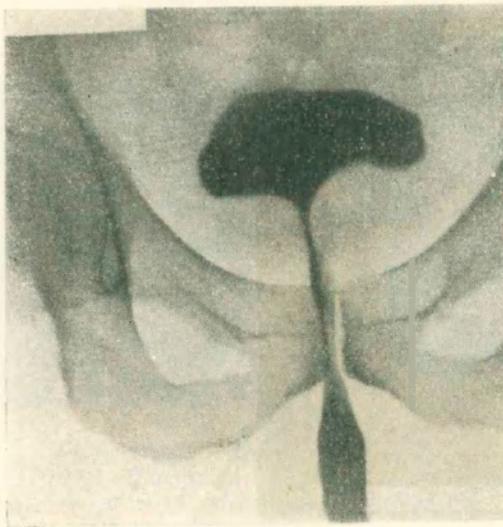
La operabilidad está indiscutiblemente ligada a la precocidad con que los enfermos son diagnosticados. A este respecto, es interesante transcribir la estadística de Barringer, publicada en el Boletín de la Academia de Medicina de Nueva York, sobre 351 casos de cáncer de próstata observados en el Memorial Hospital. Sobre este total solamente 16 casos (4,5 %) eran de los que pueden razonablemente llamarse tumores confinados a la próstata; 26 casos (7,5 por ciento) fueron de tamaño mediano que habían invadido los tejidos circundantes de la próstata, pero que no eran demasiado grandes y podían ser alcanzados en su totalidad mediante el tacto rectal; todos los 309 casos restantes, es decir, el 88 %, eran tan extensos que habían invadido las vesículas seminales, las porciones laterales de la pelvis, o bien existían en ellos metástasis óseas y viscerales.

De esta dificultad para reconocer el carcinoma de la próstata en su período de comienzo hablan también elocuentemente las estadísticas de Rich, que en el 65 % de 41 casos de degeneración carcinomatosa no habían presentado en vida sintomatología alguna, lo que estaba de acuerdo con la pequeñez del tumor. Moore examinando histológicamente la próstata de 395 enfermos fallecidos entre 20 y 90 años encontró el 16,7 % con alteraciones malignas, sin que ninguno de ellos acusara sintomatología en vida.

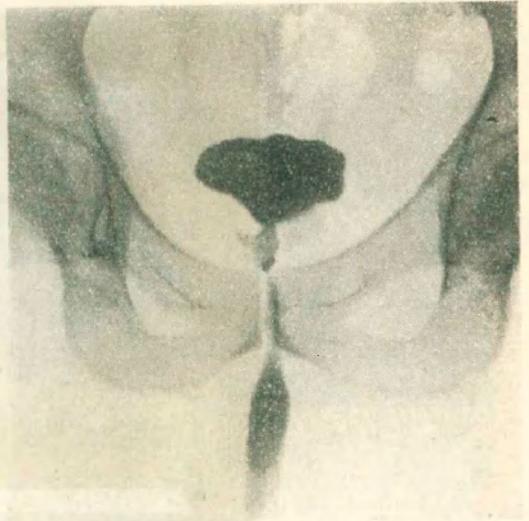
A través de estas cifras estadísticas, vemos entonces claramente, que el cáncer de la próstata en una alta proporción puede evolucionar silenciosamente durante un largo período, y que por carecer de expresión clínica, corresponde a lo que se conoce como cáncer oculto, hecho de observación objetivado por los anatómopatólogos, digno de tenerse en cuenta frente a una metástasis, especialmente ósea, sea difícil el tumor primitivo, no descartando el origen prostático por los datos negativos de la anamnesis y aun del examen físico. Es claro que el diagnóstico de estas pequeñas lesiones no puede ser hecho como no sea por conjeturas sobre una base estadística, y es por lo tanto de poca importancia clínica. Sin embargo, dado el efecto estimulante de las hormonas sexuales masculinas sobre estos tumores, es conveniente recordar que estas lesiones pueden existir, y por lo tanto es necesario abrir un interrogante sobre el uso y abuso de los andrógenos a una determinada edad, ya que sus efectos pueden ser contraproducentes. El tratamiento hormonal se prescribe con mucha frecuencia a los enfermos portadores de un cuadro de prostatismo, y en ese sentido hemos tenido oportunidad de atender algunos enfermos con cáncer prostático agravados por una prescripción intempestiva. Como conclusión de estas observa-

ciones, insistimos en la prudencia con que deben ser administrados los andrógenos sin tener un diagnóstico de certidumbre.

Creemos que el tacto rectal es de gran valor para descubrir tempranamente formas localizadas nodulares que pueden sugerir la posibilidad de un cáncer, ya que debidamente interpretadas y confirmadas mediante una biopsia, permitirán actuar en forma radical, como lo veremos más adelante. Nos parece innecesario que en este trabajo nos ocupemos de la importancia técnica y requisitos que deben satisfacer las biopsias; nosotros hemos adoptado la vía transrectal utilizando el trócar ideado por Maraini y modificado por Astraldi. El



Observación Nº 1.  
Fig. 1. — Uretrografía preoperatoria.



Observación Nº 1.  
Fig. 2. — Uretrografía post-operatoria.

tratamiento de prueba con estrógenos como test de diagnóstico diferencial entre adenomitis, prostatitis y cáncer, puede inducir a errores, ya que sabemos que una adenomitis o una prostatitis pueden regresar espontáneamente, y en cuanto al valor de la uretrografía para establecer diferencias entre la imagen uretral del adenoma y la que se obtiene en el cáncer de la próstata es un absurdo, ya que el número de enfermos afectados de neoplasias malignas de la misma sin coexistencia de adenoma son excepcionales; de esto se desprende que la imagen uretrocistográfica depende, no del cáncer, sino del adenoma coexistente, solamente cuando el proceso canceroso invade la mucosa uretral pueden presentarse algunas irregularidades en la imagen uretral, que por otra parte no tiene nada de característico.

Queremos recordar también, como dato de interés, el trabajo de Alyea, Edwin Rundles, sobre el estudio de la médula ósea en el cáncer de la próstata. Refieren estos autores que la diseminación de las células neoplásicas se hace bastante frecuente por vía sanguínea, y ellos han podido comprobar células neoplásicas

en la médula esternal o en de los huesos alejados del tumor, agregando que estas células pueden ser encontradas antes de la aparición de la anemia y de las imágenes radiológicas. Sobre 32 cánceres prostáticos, el examen efectuado por los autores ha sido positivo 18 veces, encontrando además en esos casos una sensibilidad muy neta al palpar apoyando sobre el esternón. Para estos autores, el estudio de la médula ósea puede ser positivo aun en ausencia de una radiografía positiva y de una elevación de la tasa de la fosfatasa ácida.

Hechas estas consideraciones, no debemos olvidar que hoy estamos en mejores condiciones para abordar con criterio curativo muchos enfermos porta-



Observación Nº 1.  
Fig. 3. — Pieza operatoria. Se ha extirpado en un solo block la próstata, ampolla y vesículas seminales.

dores de cáncer avanzado que antes considerábamos incurables, mediante la utilización de la terapéutica estrogénica previa. Ello no excluye ni pospone el hecho fundamental que queremos destacar en esta comunicación acerca de la conveniencia de evidenciar precozmente formas localizadas nodulares, es decir, el cáncer en su iniciación, que debidamente interpretadas y confirmadas mediante una biopsia, permitirán actuar en forma más radical.

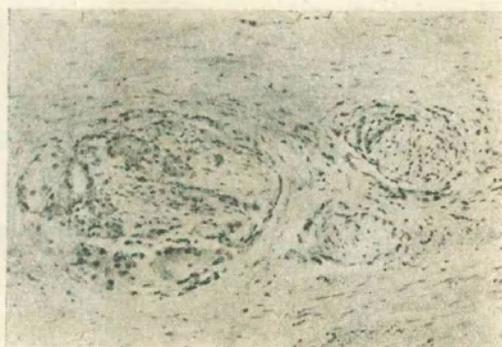
No entraremos a hacer el análisis de cada una de nuestras observaciones, sino que en síntesis podemos decir que, después de 8 años de experiencia sobre 37 enfermos, en muchos de los cuales no conocemos el resultado alejado ni el suerte definitiva que han tenido ellos, nos hemos formado una opinión respecto al valor de la terapéutica hormonal, que en términos generales coincide con la de los autores americanos y franceses, como se destacan en publicaciones recientes sobre el tema.

Hemos practicado la orquitectomía total y subcapsular aisladamente o combinada con la estrógenoterapia. Nos parece que la combinación de ambos recursos terapéuticos es de mayor eficacia. No tenemos ningún enfermo que haya pasado los 5 años de sobrevida.

En el uso de los estrógenos hemos utilizado al comienzo dosis bajas, no más de 5 mgs. diarios, últimamente utilizamos dosis más altas, como tratamiento inicial, 20 a 30 mgs. diarios. Reconocemos que la indicación de las dosis la hacemos un tanto empíricamente, buscando alcanzar la reacción mamaria sensible sin ser dolorosa, cuando ello se ha alcanzado, seguimos con dosis de mantenimiento más bajas. Hemos comprobado en la mayor parte de los



Observación N° 1.  
Fig. 4. — Carcinoma sin tendencia a formar estructuras glandulares. Elementos muy atípicos



Observación N° 1.  
Fig. 5. — Microfotografía correspondiente a la pared de la vesícula seminal. Se observan troncos nerviosos en cuyo espacio linfático se observan formaciones glanduliformes neoplásticas.

casos que hemos podido seguir de cerca, que llega un momento en que la acción de los estrógenos se agota, muriendo los enfermos en caquexia.

En lo que respecta a la acción del tratamiento hormonal cuando existen lesiones metastásicas óseas, hemos podido comprobar las observaciones de otros autores, que las imágenes difusas pagetoides regresan, en cambio en las formas únicas localizadas que al decir de Wolfren, son las verdaderas formas metastásicas, no sufren modificación, ello puede servirnos como índice de pronóstico alejado al evidenciar el fracaso posible de los estrógenos.

Para terminar, deseo presentar a Uds. nuestra experiencia reducida en el tratamiento quirúrgico del cáncer de la próstata siguiendo la vía retropubiana de Millin.

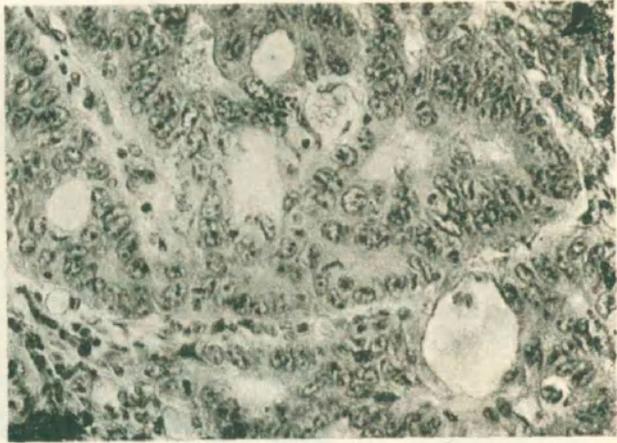
Nuestra experiencia de 70 adenomectomías por el procedimiento antes mencionado, nos ha permitido familiarizarnos con esta vía de abordaje de la próstata, por lo cual nos decidimos a encarar la prostato-vesiculectomía siguiendo la técnica aconsejada por este autor, con algunas variantes que esperamos

hacer conocer en un próximo trabajo. Los resultados funcionales inmediatos de nuestras tres observaciones, que presentamos a la consideración de Uds., hablarán más elocuentemente de nuestro entusiasmo, reconociendo que es prematuro hablar de resultados alejados.

Solamente es nuestra intención destacar que, mediante este procedimiento se puede efectuar una exéresis completa bajo control de la vista a la vez que este procedimiento facilita la buena exposición para el tiempo retrotrigonal, permitiendo la liberación del fondo de las vesículas seminales adherentes, y lo mismo si se desea reseca una buena porción del trigono. Creemos que la vía retropubiana, cuando las condiciones generales del enfermo lo permiten, procura



Observación Nº 2.  
Fig. 6. — Fotografía de la pieza operatoria.



Observación Nº 2.  
Fig. 7. — Adenocarcinoma. Esbozo de cavidades glanduliformes.

una exéresis amplia, dejando un suelo urogenital intacto: aponeurosis, músculos e inervación, con un mínimo de riesgos de incontinencia y de fístulas. El único punto realmente delicado de esta técnica reside en la anastomosis del cuello vesical a la uretra.

Creemos que con un perfecto dominio de la técnica y realizando el acto operatorio con perfecta meticulosidad, esta intervención debe dar resultados funcionales inmejorables, semejantes a los que hemos obtenido en nuestras tres primeras próstato-vesiculectomías por vía retro-púbica, cuyas historias clínicas resumidas son las siguientes:

OBSERVACION Nº 1: A. A., 54 años.

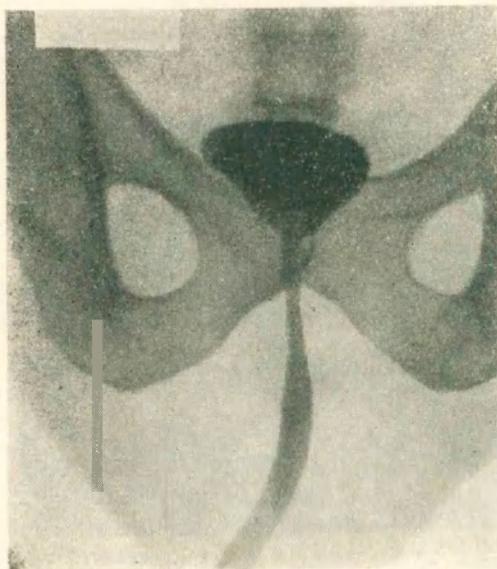
*Antecedentes enfermedad actual:* Desde hace un año trastornos de prostatismo. Es examinado y medicado por un especialista, quien indica andrógenos sintéticos a razón de 25 mgs. diarios. Con motivo de esta medicación, su sintomatología se acentúa, motivo por el cual nos consulta. Ha perdido 6 Kgs. de peso.

El examen del aparato génito-urinario revela como signos positivos una próstata de consistencia aumentada por zona pétreo fija y dolorosa. Residuo vesical de 150 c.c. Exploración de uretra posterior, resistencia firme al pasaje de cáteter.

Biopsia por vía rectal con trocar de Maraini-Astraldi: carcinoma.

Uretrografía: alargamiento y rigidez de uretra prostática (Fig. N° 1).

*Evolución:* Ante el diagnóstico clínico histopatológico de carcinoma, indicamos estrógenos a razón de 10 mgs. diarios hasta alcanzar reacción mamaria sensible, con lo cual se obtiene una disminución franca de los síntomas de prostatismo y modificaciones locales a nivel de la glándula prostática. Efectuamos la próstato-vesicsectomía por vía retro-púbica. El post-



Observación N° 2.  
Fig. 8. — Uretrografía postoperatoria (de frente).



Observación N° 2.  
Fig. 9. — Uretrografía postoperatoria (de perfil).

operatorio inmediato sin particularidades dignas de mención. Se retira la sonda uretral a los 13 días de operado. Reinicia sus micciones sin mayores particularidades. Al mes de ser dado de alta se efectúa una urografía de control (Fig. N° 2).

*Observación alejada:* Al año y dos meses de operado, el enfermo fallece con metástasis óseas y pulmonares, habiendo seguido bien hasta el año de operado, a partir de entonces, comienza a sentir dolores en la marcha, adelgazamiento y pérdida de peso.

Frente a esta evolución desfavorable, reexaminamos la pieza operatoria y efectuamos un corte histológico a nivel de la pared interna de la vesícula seminal, encontrándonos con una infiltración cancerosa de los linfáticos perineurales (Figs. Nos. 3, 4 y 5).

OBSERVACION N° 2: J. O., 62 años.

*Antecedentes, enfermedad actual:* Consulta por trastornos de prostatismo y hematuria terminal.

Al examen del aparato génito-urinario, se comprueba una próstata dura, fija y dolorosa al tacto. Residuo vesical 190 c.c. Biopsia por vía transrectal: negativa en el sentido de carcinoma. A pesar de ello y por los caracteres obtenidos mediante el tacto rectal, hacemos diagnóstico clínico de cáncer de próstata.

En el acto operatorio corroboramos nuestro diagnóstico y decidimos efectuar una próstato-vesicsectomía por vía retro-púbica.

El estudio histo-patológico (Figs. N° 6 y 7) demuestra tratarse de un adenocarcinoma con esbozo de cavidades glanduliformes.

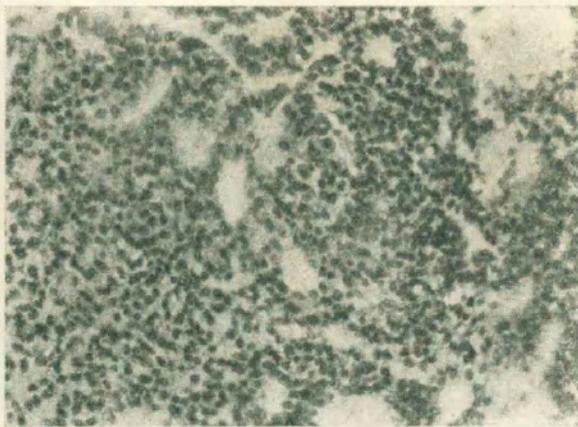
*Evolución:* Postoperatorio inmediato, sin particularidades. A los 14 días se retira la sonda uretral. El enfermo reinicia sus micciones, manifestando tener incontinencia de orina en la posición de pie. Como ésta se mantiene después de dos meses de operado, efectuamos plicatura del músculo bulbo-cavernoso, con lo cual desaparece su incontinencia postural. Lleva un año y un mes de operado en perfectas condiciones. La uretrografía de control tomada a los 6 meses de operado, muestra la perfecta anastomosis del cuello vesical a la uretra membranosa (Fig. N° 8 y 9).

OBSERVACION N° 3: G. S., 66 años.

*Antecedentes enfermedad actual:* Desde el año 1948, síntomas de prostatismo. Sus mo-



Observación N° 3.  
Fig. 10. — Fotografía de pieza operatoria



Observación N° 3.  
Fig. 11. — Microfotografía adenocarcinoma.

lestias aumentan paulatinamente hasta hacer una retención aguda, por cuyo motivo el facultativo que lo asiste lo sonda y lo envía inmediatamente a nuestra Clínica privada.

El examen del aparato génito-urinario revela como datos positivos, una próstata aumentada de tamaño, de consistencia firme, fija, desuperficie algo irregular, límites netos.

Biopsia de próstata por vía transrectal: cáncer.

Efectuamos próstato-vesiculectomía por vía retropúbica, según técnica de Millin. El examen de la pieza y su estudio histopatológico demuestra tratarse de un adenocarcinoma. (Figuras 10 y 11).

*Evolución:* Postoperatorio inmediato sin particularidades. Se retira la sonda a los 12 días. El enfermo se levanta y reinicia sus micciones sin particularidades. Por la tarde de ese día siente opresión precordial y fuertes dolores epigástricos con marcada hipotensión. Es llamado en consulta un especialista del aparato cardio-vascular (Dr. Tuero) quien diagnostica infarto de cara posterior de miocardio, falleciendo el enfermo en horas de la noche.