

Hospital Italiano Garibaldi. Rosario  
Serv. de Urología. Jefe: Dr. José S. Dotta.

## NUESTRA ESTADISTICA EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER PROSTATICO

---

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS V. DELPORTE

La tendencia actual en el tratamiento del cáncer de la próstata es la de llevar al enfermo a las condiciones locales necesarias para poder realizar la prostatectomía radical, valiéndose para ello del tratamiento hormonal. Indudablemente que éste es el desideratum ya pregonado desde la época de H. H. Young, cuando él insistía acerca de la importancia del diagnóstico precoz, es decir cuando el tumor no hubiera salido de los límites capsulares.

La estrógenoterapia logra reducir en forma apreciable la tumoración prostática, dando la impresión que toda la invasión periprostática y aún la glándula misma pierden los caracteres semiológicos de malignidad. Nosotros nos preguntamos hasta qué punto puede ser posible, que la extensión extracapsular del tumor, pueda desaparecer en forma tan completa como para permitir la creencia de que la extirpación de toda la glándula tenga posibilidades de brindar una curación radical. ¿Esos tejidos periprostáticos primitivamente invadidos, mantendrán su aparente curación después de la prostatectomía radical? Este concepto teóricamente no sería aceptable, pero en la práctica, un cierto número de autores dicen haber obtenido resultados alentadores.

En este sentido nuestra experiencia es muy limitada, de tal manera que en esta aportación, traeremos simplemente los resultados obtenidos desde el año 1942, fecha en que iniciamos el tratamiento de esta afección con los estrógenos, castración y resección endoscópica complementaria según los casos.

Desde 1942, época en que empezamos a realizar este tipo de terapéutica, hasta la fecha, hemos visto un total de 92 enfermos.

En una comunicación que hicieramos en enero de 1945, presentamos 12 observaciones, las que posteriormente fueron comentadas en las 4<sup>o</sup> Jornadas de la Sociedad Argentina de Urología efectuadas en Tucumán en octubre de 1948. En esta oportunidad 5 vivían en buenas condiciones de salud y actualmente ese número se ha reducido a dos: uno de ellos que tiene 89 años, hubo de ser cistostomizado por obstrucción infranqueable de la uretra posterior. Hacía ya bastante tiempo que había suspendido la ingestión de estrógeno; con la cistos-

tomía y la reanudación del tratamiento hormonal, se ha conseguido una leve mejoría. El otro enfermo que tiene actualmente 76 años, hace 14 meses le fué practicada una resección endoscópica, y en una visita realizada hace pocos días, lo hemos encontrado en muy buenas condiciones locales y generales, tomando regularmente sus estrógenos.

De los 80 enfermos restantes, de nuestra serie total, tenemos la seguridad de que 18 han fallecido, 30 viven y de 32 no hemos tenido más noticias. Deseamos destacar, que para hacer esta estadística hemos escrito una carta circular a todos aquellos de quienes no teníamos noticias, quedando ese grupo de 32 enfermos sin contestarnos. Suponemos que de este grupo, un gran número habrá fallecido, si consideramos la fecha de la última visita que nos hicieran.

Del total de 32 enfermos que viven, eliminaremos 13, por ser casos demasiado recientes, que llevan menos de un año de tratamiento y de los 19 restantes, la sobrevivida oscila desde los 112 meses a los 13 meses. Es de hacer destacar, que en general, todos ellos tienen condiciones de vida muy llevadera, habiendo mejorado fundamentalmente los síntomas que motivaron la consulta.

Hay que tener en cuenta, en este tipo particular de afección el valor relativo que tienen las estadísticas, en lo que se refiere a la sobrevivida, pues si consideramos la edad media de estos enfermos, es fácil admitir la posibilidad de la muerte por cualquier enfermedad intercurrente ajena por completo al cáncer de la próstata, como ha sucedido en muchos de nuestros enfermos que damos por fallecidos en nuestra estadística.

El diagnóstico clínico se hace con más facilidad por el tacto rectal, que aporta los elementos semiológicos característicos de esta afección. La uretroscopía, la uretrografía y la biopsia son otros elementos de indudable importancia que complementan el examen clínico. Es de señalar la importancia de la radiografía directa de la región prostática para el diagnóstico diferencial con la litiasis prostática que clínicamente presenta síntomas semejantes.

En nuestra práctica hemos utilizado la biopsia por punción con aguja gruesa o con el punch biopsia de Lowsley. El porcentaje de negatividad obtenido en casos reales de cáncer de próstata es relativamente grande, por lo que sólo se puede dar valor a este procedimiento, cuando da resultados positivos, vale decir que un resultado negativo no invalida el diagnóstico clínico. La biopsia por vía perineal, que hemos utilizado en algunas ocasiones, permite obtener todo el material necesario, pero últimamente la hemos substituído por la vía transuretral con ayuda del resectoscopio de Nesbit. Cuando clínicamente hemos hecho el diagnóstico de malignidad, efectuamos una resección endoscópica lo más amplia posible, que a parte de solucionar la obstrucción nos brinda amplio material para su estudio anatómo-patológico. De confirmarse este último, sistemáticamente efectuamos la castración, que complementamos con estrógenos. La biopsia, tiene a la par de confirmar el diagnóstico clínico, la importancia de justificar una terapéutica mutilante.

Hemos utilizado los estrógenos en dosis variables, entre 5 y 40 mgrs. diarios, sin haber llegado a las cifras astronómicas que señalan algunos autores. Los resultados obtenidos, cuando ellos han sido favorables, no han dependido de una mayor o menor dosis, y cuando no se obtuvieron resultados con dosis

de 5 a 10 mgrs. diarios, tampoco se beneficiaron con el aumento de la misma. En cambio hemos notado diferencias, con los distintos tipos de estrógenos. Si bien en sus efectos terapéuticos, ellos se pueden parangonar, en cambio los síntomas de intolerancia, referidos principalmente al aparato digestivo, son menores con el empleo del Etinil-Estradiol, al punto de haber observado que en algunos enfermos que tomaban Dienoestrol o Dietilstilbestrol, dichos trastornos desaparecían con el empleo del citado en primer término. También es útil agregar a veces, para combatir estos trastornos algún colerético, como es el ácido dehidrocólico, para prevenir o mejorar la intolerancia.

La castración fué empleada sistemáticamente, con excepción de raros casos, ya sea por no ser aceptada por el enfermo o no ser propuesta por nosotros, por razones de edad, como en un caso de un enfermo de 44 años con biopsia positiva y que respondió favorablemente únicamente con el tratamiento hormonal. En este caso particular hemos podido apreciar la acción que tienen los estrógenos sobre los testículos al punto de haberlos reducido al tamaño de una almendra.