

Sociedad Argentina de Urología

7. Sesión científica ordinaria - 24 de noviembre de 1960.

Presidente:.... Dr. Luis María Brea

Secretario:.... Dr. Juan A. Goldaracena

SARCOMA DE LA REGION PROSTATICA

Por el Dr. ROLANDO HEREÑU

La próstata tiene elementos mesodérmicos en su estroma, capaces de originar tumores de estirpe mesenquimática. El tejido fibroso, el muscular (tanto liso como estriado) y los habitualmente rudimentarios elementos linfoides intersticiales (4; 13; 16) pueden dar lugar a neoplasias no glandulares, no epiteliales, contra lo que sucede por lo común en este órgano.

A propósito del origen de estas neoformaciones, hay un hecho de interés que merece ser señalado: es incontrovertible que los tejidos que constituyen el piso de la pelvis, sus distintos planos fibroaponeuróticos, céluloadiposos y musculares, pueden ser por su parte foco de formación de tumores mesenquimáticos invasores, y dada la ubicación de la glándula prostática, ella indudablemente no sería respetada por un crecimiento infiltrativo de esta naturaleza. Aún con los datos proporcionados por una pieza quirúrgica o por la necropsia de uno de estos casos, es por lo general imposible afirmar categóricamente si el sitio inicial ha sido la próstata o los tejidos conjuntivos que la rodean (5). Lo real es que en definitiva se llega a estar en presencia de una tumoración maligna "de la región prostática", que incluye este órgano y da síntomas de obstrucción de la uretra posterior, característicos del síndrome de prostatismo. Estas razones nos han hecho preferir, al catalogar nuestro caso, la denominación de "sarcoma de la región prostática", a fin de no juzgar

sobre si la invasión de la glándula fué primitiva, o secundaria al progreso de una infiltración que haya tenido un punto de partida vecino.

Las neoplasias de este tipo, son raras en la próstata comparadas con los carcinomas (menos del 0,1 % contra más del 99,9 % según Melikow), pero tienen modalidades propias muy interesantes y son en sus etapas iniciales muy frecuentemente confundidas con procesos inflamatorios banales (14; 15), lo que hace que el diagnóstico correcto llegue por lo general excesivamente tarde para intentar cualquier clase de terapéutica. Por otro lado, es preciso reconocer que en la mayoría de estos tumores se carece realmente de recursos útiles, por su marcada malignidad, muy manifiesta desde el comienzo mismo de la lesión.

La edad en que esta patología acostumbra a aparecer, es distinta de la que corresponde a los carcinomas. Suele presentarse incluso en niños pequeños (11). Hess dice (6): "en varones por debajo de los 25 años de edad, toda masa prostática debe considerarse sarcomatosa hasta que una biopsia por punción pruebe lo contrario". Esto no significa que no pueda observarse también en viejos, como lo señalan los casos mencionados por Kretschmer (7) en pacientes en la 8ª década de la vida. Como norma útil aunque no rigurosamente exacta puede aceptarse el criterio de Stirling y Ash (12) de considerar en principio a una neoplasia prostática como sarcoma antes de los 50 y como carcinoma después de esta edad. El límite más adecuado estaría para otros en los 40 (2; 10).

Clasificación histopatológica de los sarcomas prostáticos:

Consideramos importante, para uniformar la nomenclatura, utilizar una clasificación sencilla y a la vez lógica, que suprima en lo posible la excesiva variedad de denominaciones superfluas y sinonimias en uso indiscriminado en la literatura.

Adoptamos, ligeramente simplificada, la enunciada por Melikow y colaboradores (10), quienes establecen que entre los tumores malignos prostáticos en general, deben distinguirse los primarios y los secundarios (por extensión de vecindad o por metástasis). Los primarios son: epiteliales o mesoteliales. Estos últimos comprenden varios grupos cuyas principales características histológicas y clínicas figuran en la tabla 1, resumida del trabajo de Melikow con muy pequeñas alteraciones.

En el gráfico de la figura N° 1 se indica la frecuencia relativa de los distintos grupos, según cifras aproximadas. Tales porcentajes varían, aunque dentro de límites bastante aceptables, en las diferentes series publicadas (3; 9; 10).

Sintomatología y diagnóstico:

En la tabla 1 figuran algunas características clínicas de estos tumores.

Por lo general se trata de un individuo joven, como se ha dicho ya; muy joven en las formas más malignas (tumores anaplásticos por ejemplo), de más edad en ciertas variedades menos violentas (leiomiomas, fibrosarcomas muy escirróticos). La consulta se debe a trastornos disúricos más o menos intensos, disuria inicial que suele prolongarse a todo el acto miccional. La existencia de residuo vesical a menudo contaminado por cateterismos poco cuidadosos, favorece la sepsis urinaria y la aparición de fiebre. Son corrientes, con o sin infección, los fenómenos de irritación de la vejiga, traducidos por polaquiuria y ardor miccional. En algunos casos hay episodios de hematuria que puede ser intensa. A veces se observa secreción purulenta que aparece esporádicamente por uretra en los esfuerzos o en

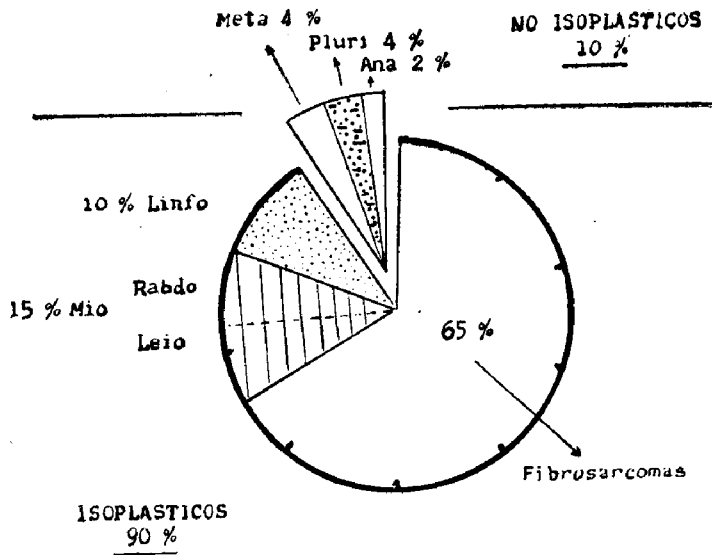


Fig. 1. Nomenclatura y frecuencia relativa de los distintos tipos de sarmocas prostáticos.

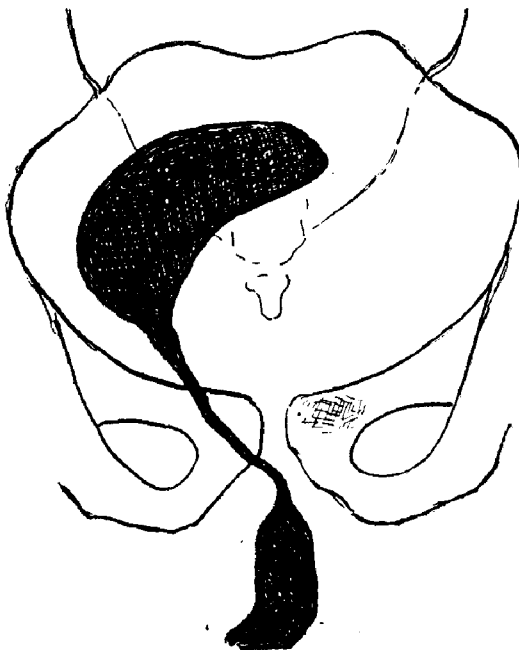


Fig. 2. Caso clínico. Calco de la imagen uretrrocistográfica.

la defecación, secreción originada en la infección secundaria de los acinis prostáticos alterados por la neoplasia. La exoneración intestinal, por otra parte, suele verse dificultada cuando la tumoración es grande.

Según el grado de evolución hay un mayor o menor tocamiento del estado general, pérdida de peso y anemia. Las metástasis son bastante precoces y ello hace que la evolución total de la enfermedad llegue a contarse sólo por meses, en la mayoría de los casos.

El examen clínico permite en ciertos pacientes observar la prominencia hipogástrica de una vejiga distendida o incluso, una vez evacuada, de una tumoración sólida que rebasa el pubis o que hace abombar el periné. Pero generalmente es el tacto rectal el que lleva al diagnóstico, aunque si es mal interpretado puede en cambio aumentar la confusión. Lo que se encuentra es una próstata grande, a menudo sensible al tacto, dura o blanduzca según su estructura más o menos fibrosa y el grado de infección agregada. Rápidamente se establece la fijación al marco óseo y el "congelamiento" de la pelvis. Los síntomas de cistitis, la posible secreción prostática purulenta y la impresión táctil que da la glándula a veces, dolorosa y pseudofluctuante, hacen pensar en muchos pacientes en una prostatitis, hasta que el fracaso de la terapéutica y el empeoramiento inexorable del enfermo, llevan a la pista exacta.

La cistoscopia lo más comúnmente es difícil o imposible por la distorsión y rigidez de la uretra posterior, y por lo general sólo consigue aumentar las penurias y acelerar la marcha de la enfermedad. Podrá verse el triángulo abombado, deformado, en algunos casos con aspecto multinodular, pero con el epitelio por lo común respetado. A veces hay sin embargo zonas edematosas, que pueden adquirir aspecto pseudopapilar, que evidencian la infiltración extrínseca.

Un urograma de excreción mostrará la deformación inferior del cistograma, de tipo prostático, y pondrá a la vista la posible existencia de un compromiso de los uréteres terminales. La uretrocistografía permite ver la distorsión tumoral de la uretra posterior, aunque no aporta datos diferenciales.

En la elaboración del diagnóstico deben desfilar el adenoma y el carcinoma de la próstata, las prostatitis y vesiculitis, abscedadas o no, banales y tuberculosas, los quistes hidáticos próstatovesicales, los tumores vesicales trigonales. Se tendrá en cuenta la edad, la historia previa, la rapidez de la evolución, los hallazgos del examen físico y del tacto, los datos radiográficos que certifiquen la dislocación de la uretra posterior y la posible existencia de metástasis.

Pero como señalan Trabucco y Sandro (15), "no puede establecerse un diagnóstico de tal naturaleza y gravedad sin una prueba incontrovertible". Ellos han preconizado la biopsia trans-rectal con el aparato de Maraini. Nosotros estamos utilizando desde hace tiempo para las biopsias prostáticas, la aguja de Vim-Silverman-Franklin por vía perineal, mediante una muy simple maniobra con anestesia local, en posición ginecológica y bajo el control de un tacto rectal orientador.

Pronóstico y tratamiento:

Ya se ha dicho que el pronóstico por lo común es mortal a breve plazo, tan sólo meses, salvo algunas formas como el leiomioma (1; 8), que puede ser más lento pero igualmente fatal. Las radiaciones tienen algún éxito, al menos temporario, precisamente en el leiomioma y a veces en los linfosarcomas. En

general nada se consigue con ellas en los fibrosarcomas, que son los más numerosos.

En cuanto a la cirugía, de cualquier tipo, la experiencia es concluyente: si algo aporta es una aceleración del proceso, que recidiva rápidamente y multiplica las metástasis.

NUESTRO CASO

El 27-8-60, llegó a la consulta un individuo de 26 años, A. G., soltero, argentino, ficha 3004, enviado por el médico de su localidad. El estado general era malo, había perdido en dos meses 10 kg., pesando en ese momento 56 kg. Se quejaba de ardor al orinar y aumento diurno y nocturno de la frecuencia urinaria. Discreta disuria inicial. Orinas claras. El comienzo de sus molestias era referido a unos tres meses, con algunos pocos días de remisión y aparente normalidad. De sus antecedentes, lo más importante

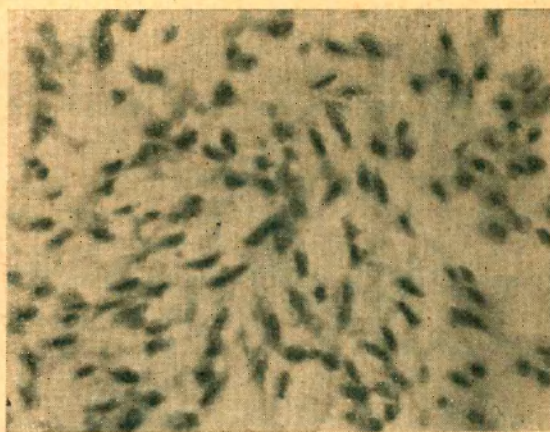
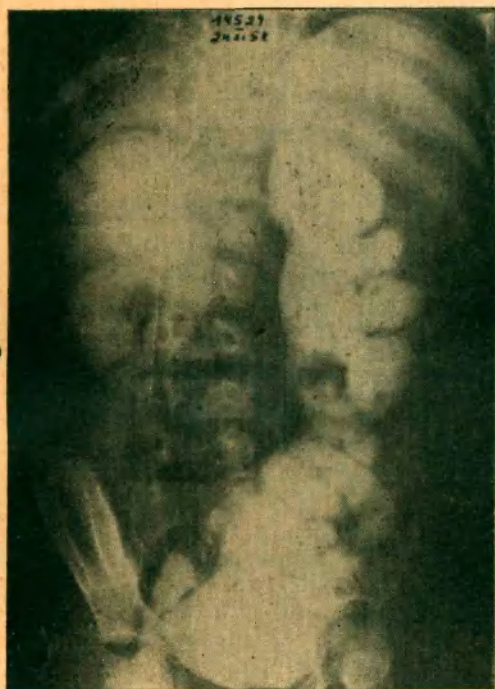


Fig. 3. Caso clínico. Examen histológico (biopsia por punción perineal): Se observa una estructura constituida por elementos fusiformes de variado tamaño, con núcleos ovales o en bastoncitos, distribuidos en haces irregulares, que aparecen según los sitios, agrupados longitudinalmente, arremolinados, o seccionados en forma transversal. El aspecto es muy celular en ciertas zonas y francamente fibroblástico en otras. Existen carioquinesis no muy abundantes y moderadas atipias celulares. Diagnóstico: Fibrosarcoma.

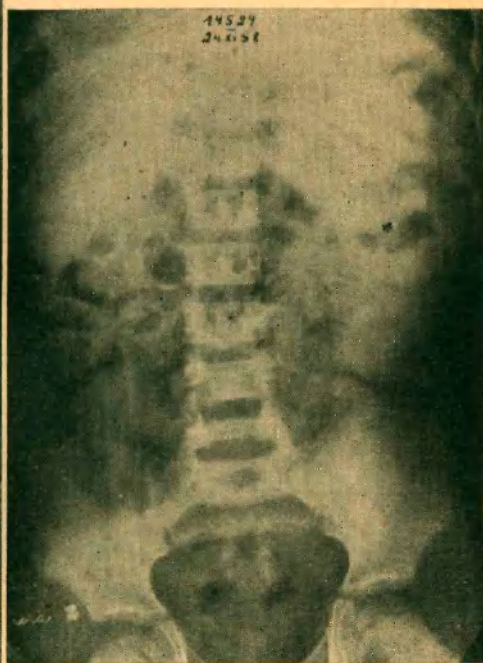
era una blenorragia en enero del corriente año, curada en breve plazo con terramicina por vía oral, sin ninguna secuela aparente. No obstante, al iniciarse sus molestias vesicales, ellas fueron interpretadas como debidas a una prostatitis de origen gonocócico, tratada con sesiones de masaje prostático por vía rectal y sulfas de acción prolongada. Al observarse la evolución desfavorable, nos es remitido.

Un recuento de rojos de fecha 25-8-60 da 3.100.000, con hipocromía, blancos 15.000 con moderada linfocitosis, eritro de 60 y 85, urea 0,80, orina normal, con densidad de 1022 y sedimento sin nada de particular.

Examen físico general negativo, no hay hipertermia, no se palpan adenopatías, hígado, bazo ni riñones. No hay globo vesical. Uretra permeable a una Nélaton No. 16; no hay residuo. Genitales externos absolutamente normales. Tacto rectal: llama la atención la presencia de una próstata aplanada, ensanchada, algo más prominente del lado izquierdo, con desaparición del surco medio, lisa, elástica blanduzca, indolora, evidentemente

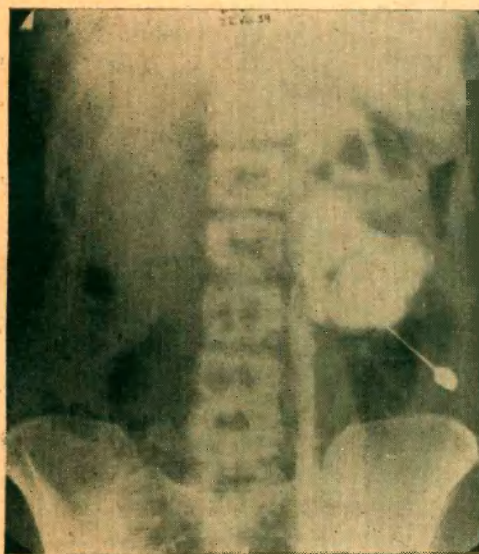


Pielograma retardado.



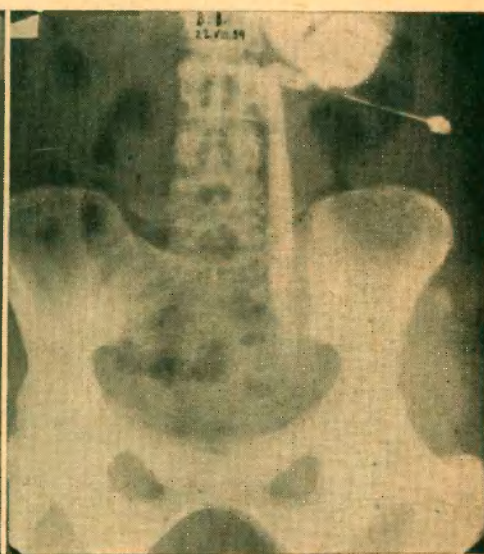
A. N° 2. Pielograma corriente.

B) — *Pielografía Percutánea*

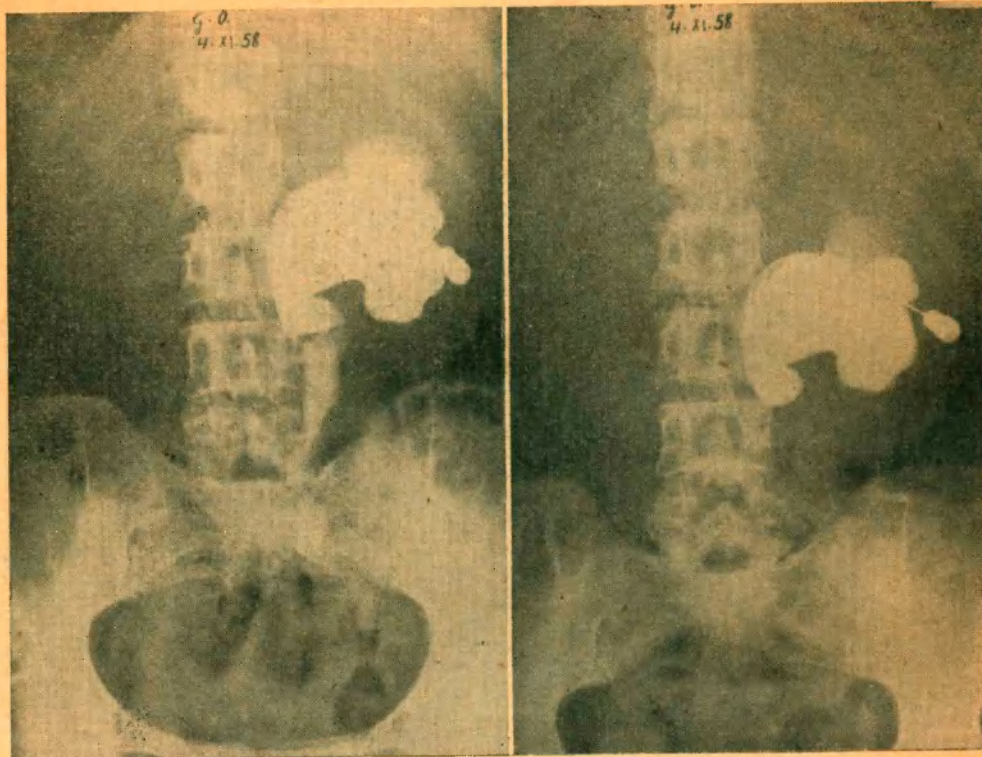


Pielografía percutánea alta.

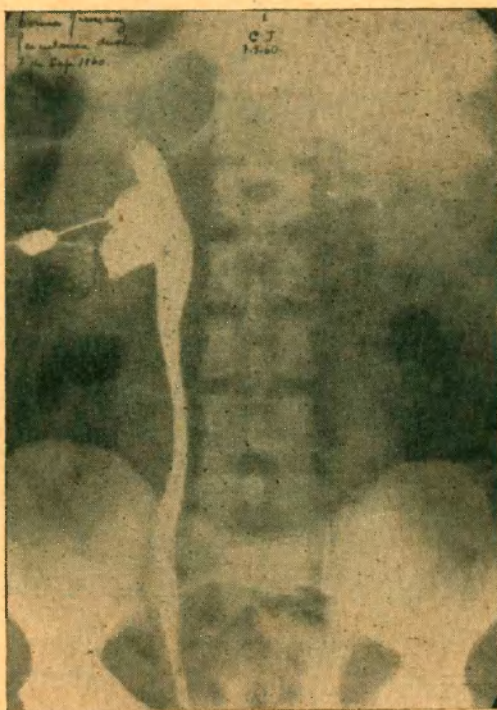
B. Observ. N° 1



Pielografía percutánea baja.

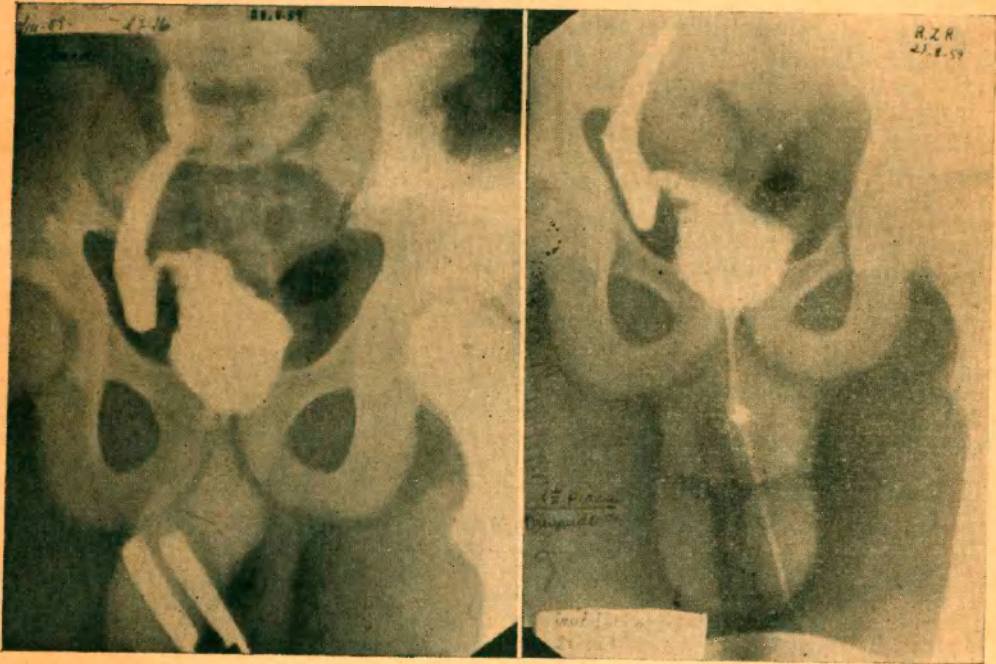


B. Observ. N° 2
Pielografía percutánea de pies. Pielografía percutánea acostada.



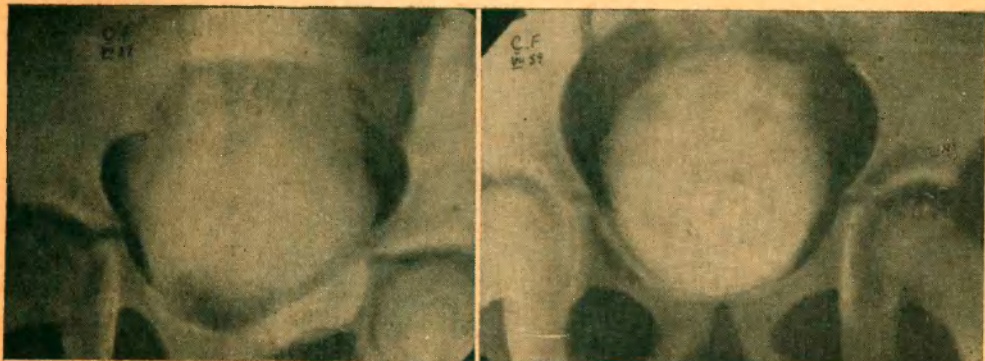
B. Observ. N° 3

C) — *Cistografía Miccional Funcional*



C. Observ. N° 1
Cistograma Pre-miccional (Repleción).

Cistograma post-miccional.



C. Observ. N° 2
Cistograma post-miccional.

Cistograma por repleción.

DISCUSION

Sr. Presidente. — Están en consideración las comunicaciones del doctor Cantin Castillo.

Dr. Bernardi. — Yo quisiera felicitar al profesor Cantin Castillo por los casos presentados.

Además, quiero agregar que se trata de un especialista con gran experiencia en urología infantil. Creo que es uno de los que más casos tiene en Sud América y como lo aclaró el señor presidente, en unos doce años de trabajo lleva tratados más de 7.500 casos.

Tuve oportunidad de observar su actuación en Chile y tengo la satisfacción de decir que colaboró en el curso que di para graduados, donde además presentó una gran cantidad de miscelánea urológica, traumatismos renales en niños, tumores de Wilms en una estadística muy completa, traumatismos ureterales, anomalías congénitas, operaciones de hipospadias practicadas con diversos procedimientos y con magníficos resultados.

No hago más que reiterar mi admiración por la enorme cantidad de casos tratados y por la manera en que el Doctor Cantin Castillo ha afrontado los mismos en más de 12 años de perfecta convivencia.

Creo que vale la pena tener en cuenta su gran experiencia.

Sr. Presidente. — La C. D. de la Sociedad Argentina de Urología, por mi intermedio,

Agradece profundamente al Dr. Cantin Castillo la magnífica demostración realizada y las brillantes conferencias pronunciadas. Ha sido un verdadero honor para nuestra entidad el haber tenido el placer de recibirlo esta noche. (Aplausos).
