

IMPLANTACION PERINEAL DE CARCINOMA DE PROSTATA POR BIOPSIA

Por los DRES. H. PAGLIERE, C. SCORTICATI y E. SOLDANO

No parece haber un criterio uniforme sobre los posibles riesgos de la biopsia por punción, cuando se considera que mientras en algunas localizaciones neoplásicas se proscriben terminantemente en otras es de uso corriente. Tampoco aparecen claras las razones que orientan estas diferencias de criterio, pues si bien es cierto que las dificultades en el acceso a la región afectada pueden inclinar hacia la punción, prefiriéndola a una biopsia quirúrgica que signifique de por sí una verdadera intervención, también lo es que esta preferencia debe subordinarse a la exactitud del método, y a los riesgos de diseminación o injerto local de células neoplásicas que cualquiera de ellos puede acarrear. La primera de estas condiciones, la fidelidad, no se cumple en la locación que nos ocupa. Rinker y Shuman, Colby, Weyrauch, Smith, Graham, Scott, Mimpriss y Ferguson, Kaufman, Rosenthal y Godwin, Lattimer, Grabstald la juzgan de dudoso valor, considerando alguno de ellos más exacto el tacto rectal, pero es indispensable que se debe buscar de objetivar la lesión, antes de iniciar tratamiento alguno, incluso por razones médico legales, habitualmente soslayadas en nuestro país en la relación con el paciente. Otras vías empleadas en la punción no parecen tener reales ventajas sobre la perineal. La biopsia a cielo abierto es seguramente el procedimiento más exacto, pero lleva a una intervención de magnitud difícil de justificar ante procesos benignos. Estas razones, aun cuando muy discutibles, hacen que la punción biopsia siga siendo un procedimiento de uso corriente. Veenema no registra mayores complicaciones en 787 casos y Kaufman y Schultz tampoco sobre 704.

La posibilidad de una implantación local es excepcional; Clarke, Leadbetter y Campbell publican el primer caso en 1953, apareciendo el nódulo perineal 13 meses después de la biopsia y del subsiguiente tratamiento por castración y estrógenos. Goldman y Samellas publican en 1960 el segundo caso ocurrido 5 meses después de la punción. El paciente, cuya historia presentamos, sería el tercer caso de implantación perineal de carcinoma de próstata. La historia es la siguiente:

J. S., de 63 años de edad. Hist. Clínica 5540. El 4-8-63 se efectúa biopsia perineal con trocar de Marañi; bajo anestesia raquídea. El informe histológico dice: Adenocarcinoma semidiferenciado. El 4 de noviembre se efectúa castración y se prescriben estrógenos. Las fosfatasa ácidas no están aumentadas.

El 28 de marzo de 1964, siete meses después de la punción, se comprueba nódulo perineal muy duro, doloroso, del que se efectúa biopsia 4 días después. El informe del anatomopatólogo Dr. Maruffo dice: Metástasis de un carcinoma semidiferenciado. Otro trozo es enviado al Dr. Kierszenbaum, quien informa: Metástasis de adenocarcinoma.



No creemos que la complicación, por su rareza, pueda esgrimirse como argumento contra la biopsia por punción, pasible como ya señalamos, de serias objeciones de otra naturaleza, ya comentadas al comienzo de este artículo.

RESUMEN

Se presenta un nuevo caso, el tercero en la literatura, de implantación perineal de carcinoma de próstata como complicación de la biopsia por punción.

DISCUSION

Dr. Comotto: Desearía preguntarle a los comunicantes si la biopsia con el aparato de Marañi la realizan por vía perineal.

Nosotros hemos realizado numerosas biopsias, pero por vía rectal.

Por vía perineal utilizamos el aparato de Silberman, pero nunca hemos observado estas metastasis. Quizá ello pueda ser atribuido al diámetro un tanto excesivo del trocar de Marañi al seguirse la vía perineal.

Dr. Schiappapietra: Nosotros siempre hemos recurrido a la vía perineal, desde que el doctor Marañi nos comunicó su trocar.

En la primera biopsia que realicé saqué la vaina ya que la misma limitaba la penetración. En esa forma, el primitivo trocar quedaba reducido a un calibre menor que limitaba como un anillo su introducción.

Desde hace un tiempo empleo la aguja de Silberman para las biopsias perineales que realizamos muy frecuentemente. Nunca hemos visto ninguna siembra neoplásica. Las compli-

caciones han sido de otro tipo. Sobre todo cuando usábamos el trocar de Marañi comprobamos la existencia de procesos sépticos.

He visto producirse espontáneamente, sin punciones anteriores, lesiones fuera de la cápsula que a veces las he resecado para hacer la biopsia ex profeso por vía transrectal. Otras veces, he comprobado una tendencia invasora al periné. De manera que siempre existe la posibilidad de una siembra, sobre todo cuando la empezamos a realizar hace muchos años.

En las estadísticas del Hospital Italiano figuran más de cien biopsias anuales por vía perineal, pero nunca tuvimos esas complicaciones. En ocasiones, hemos visto lesiones limitadas, fuera de la cápsula prostática.

Existe la posibilidad de que se efectúe una lesión espontánea que puede producir una siembra.

Dr. Rebaudi: Yo he usado el trocar ideado por mi padre, para la biopsia por vía perineal. Lo empleé en 50 ó 60 casos y nunca comprobé complicaciones de siembra.

Dr. Pagliere: Considero que la contestación puede ser genérica porque han coincidido los colegas en los interrogantes planteados.

Desde luego, que el trabajo que publicamos no es un alegato contra la biopsia perineal, que la seguiremos realizando. El hecho de que se trate del tercer caso relatado en la literatura mundial nos dice que es excepcional.

No creo que el diámetro del trocar tenga mayor importancia porque la invasión celular ha de producirse si el trocar tiene 3 ó 5 mm. de calibre. Es indudable que el traumatismo puede influir en la aparición de esa complicación.

Creo, como lo afirma el doctor Schiappapietra, que pueden producirse lesiones periprostáticas a consecuencia de la biopsia, que no tengan traducción clínica, pero sí la tiene cuando la implantación se hace a nivel del periné.

BIBLIOGRAFIA

- Clarke, B., Leadbetter, W. and Campbell, J. S.:* Implantation of cancer of the prostate insite of perineal needle biopsy. Report of a case. *J. Urol.* 70:937-939. 1953.
- Colby, F. H.:* Total prostatectomy for cancer *J. Urol.* 69:797-806. 1953.
- Fortunoff, S.:* Needle biopsy of the prostate: A review of 346 biopsies. *J. Urol.* 87:159-163, 1962.
- Goldman, E. and Samellas, W.:* Local extension of carcinoma of the prostate following needle biopsy. *J. Urol.* 84:575. 1960.
- Grabstald, H.:* Summary of currently employed prostatic biopsy methods, with comments concerning combined transrectal biopsy and radical retropubic prostatectomy. *Brit. J. Urol* 28:176-186. 1956.
- Graham, W. H.:* Carcinoma of prostate. *Brit. J. Urol.* 30:389-391. 1958.
- Kaufman, J. and Schultz, J.:* Needle biopsy of the prostate: a re-evaluation. *J. Urol.* 87:164-168 1962.
- Kaufman, J., Rosenthal, M. and Goodwin, W.:* Methods of diagnosis of carcinoma of the prostate. A comparison of clinical impression, prostatic smear needle biopsy, open perineal biopsy and trans-urethral biopsy. *J. Urol.* 72:450-465. 1954.
- Kimbrough, J. C. and Bowe, R.:* Carcinoma of the prostate. *J. Urol.* 66:373-378. 1951.
- Mimpriss, T. W. and Ferguson, A. F.:* Carcinoma of the prostate. *Brit. J. Urol.* 30:60-69. 1958.
- Rinker, J. R. and Shuman, W. G.:* Perineal punch biopsy of the prostate with statistical analysis. *J. Urol.* 67:709-712. 1952.
- Smith, G. G.:* The treatment of carcinoma of the prostate. *J. Urol.* 64:671-680. 1950.
- Veenema, R.:* Perineal prostatic cuy biopsy. Technique and evaluation. *J. Urol.* 87:585-592. 1962.
- Weyrauch, H. M.:* Surgery of the prostate. Saunder Co. Philadelphia and London. 1959.