

Por los Doctores

FRANCISCO E. GRIMALDI,  
J. DUGGAN y C. DRYSDALE

## TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA EN UN NIÑO

EN la sesión del 14 de agosto de 1923 el Profesor Maraíni presentó, en la Sociedad Argentina de Urología, el primer caso que había tenido ocasión de observar de "Sarcoma de la próstata de un niño de 6 años". Se trataba de un enfermito que hace bruscamente una retención de orina, la que no cediendo a los cateterismos esporádicos obligó a la colocación de una sonda permanente. En su examen somático lo más interesante es el tacto rectal, que mostró un tumor que ocupaba el sitio de la próstata, y que se proyectaba por delante hacia el periné, siendo liso, indoloro y renitente.

Fué imposible practicar examen endoscópico alguno, por la hemorragia uretral que al menor intento se producía.

Se le practicó una perineotomía, llegándose a un tejido lardáceo muy friable que se desgarró con facilidad. La uretra estaba completamente destruída.

La necropsia probó la existencia de un tumor que ocupaba completamente la cavidad vesical, prolongándose por fuera de ella hacia el periné. El examen histológico demostró que se trataba de un sarcoma.

En "La Semana Médica" del 22 de febrero del año actual, los doctores Zaragoza y Ferrari, publican otra observación similar en un niño de 3 años; se trataba también de un paciente que exterioriza su enfermedad por trastornos de la micción, iniciados 3 meses antes de internarse.

El tacto rectal permitía apreciar una tumoración blanda y difusa que daba poco relieve sobre la pared anterior del recto.

Por el estado general del enfermo y visto la persistencia de la retención, se le practica una talla vesical, comprobándose un abom-

bamiento del triángulo vesical del volumen de una mandarina. Diez días después de operado, la tumoración ha aumentado de tamaño, mostrando sobre la arcada del pubis, a la simple palpación, un tumor del mismo volumen que el observado en el triángulo, libre de los planos superficiales.

25 días después el enfermo fallece.

La autopsia mostró que la tumoración se hallaba constituida por un sarcoma de la próstata de tipo polimorfo con brotes mixosarcomatosos.

George J. Rukstinat y Charles Wellers en "The Journal of Urology" (1940) se ocupan de "Spindle celi sarcoma of prostate"; recuerdan que la estadística más completa al respecto es la de Lowsley y Kimball de 140 casos. Los autores agregan 20 casos más, siendo el 50 % de los últimos 20 años. Afirman que el único tipo de sarcoma de próstata que tiene reconocimiento universal es el rhabdomiosarcoma.

Dice Ewing, autoridad indiscutida, que "El sarcoma de la próstata es muy raro, tratándose en la mayor parte de los casos presentados de diagnósticos no convincentes".

Rukstinat y Wellers se hacen eco de dicha afirmación, agregando que múltiples dificultades surgen cuando se intenta precisar el número exacto de casos registrados como tales, por las siguientes causas:

- 1° — Malas historias clínicas.
- 2° — Examen histopatológico incompleto.
- 3° — Por la desgraciada tendencia de sospechar que todo tumor maligno de la próstata es un carcinoma.

Por eso coinciden con Ray cuando dicen que considerable duda obscurece la autenticidad de muchos de estos casos cuando reflexionamos que el origen de estos tumores sarcomatosos en la región prostática es de imposible determinación, tratándose muchas veces de carcinomas difusos.

Nosotros, vamos a agregar un caso más a la literatura nacional que presenta fuera de la rareza en sí del tumor, la existencia de un período de mejora observable muy rara vez en este tipo de afección.

Nos referimos al caso de M. L., a quien vemos por primera vez el 26 de mayo que se había internado la noche anterior en el Hospital Británico, quejándose de una retención aguda de orina. El interrogatorio revela los siguientes datos.

*Antecedentes personales.* — En la infancia, las afecciones comunes de dicha edad. No ha iniciado su vida sexual.

*Enfermedad actual.* — Hace cuatro días sufrió una angina que trató y dice haber curado con gargarismo, no habiendo guardado cama; hace 24 horas nota dificultad creciente a la micción, disuria que culmina anoche en completa imposibilidad de orinar, motivo por el cual es traído al Hospital, siendo visto por el médico interno, quien le practica un caterismo retirando 500 c.c. de orina al parecer turbia. Aliviado de esa manera pasa una noche tranquila y es en esa circunstancia que lo vemos la mañana siguiente.

*Examen.* — Joven de 15 años: excelente estado general, temperatura 36°5, cabeza normal, facies normal (salvo la ansiedad por la nueva dificultad de orinar), corazón normal, pulmones normales. Abdomen: tumor hipogástrico que el examen semiológico revela ser una vejiga en retención (no ha podido orinar durante la noche). Riñones: no se palpan, no hay puntos dolorosos renales ni ureterales. *Tacto Rectal:* Próstata: Toda la ampolla rectal parece estar ocupada por una tumoración formada a expensas de la glándula prostática, del tamaño de una mandarina parece delimitarse bien de los tejidos vecinos pero en cambio el derecho es redondo, y parece delimitarse bien de tejidos vecinos pero en cambio el derecho se continúa sin demarcación alguna, especialmente en la parte superior, donde parece tocarse un núcleo particularmente duro y que se prolonga hacia arriba y hacia la derecha sin que el dedo pueda seguirlo; resolvemos cateterizar y repetir el examen; retirándose sin dificultad alguna 500 c.c. de orina, francamente turbia, pero los caracteres semiológicos de dicho tumor prostático no han variado un ápice. El examen bacteriológico de orina revela estreptococos y pus.

*Resumen.* — Retención completa de orina en un enfermo que ha tenido una angina estreptocócica, con una afección urinaria a mismo germen y un proceso inflamatorio localizados en próstata de naturaleza a determinar.

Dos diagnósticos surgen de inmediato en nuestra mente, el primero: el proceso inflamatorio es una metástasis secundaria a la angina, bien sabemos lo relativamente frecuentes que son estas secuelas, aboga en su favor la infección urinaria a estreptococos, pero llama poderosamente la atención que un germen microbiano tan virulento, capaz de dar tan graves complicaciones, no lo sea para producir un décimo de temperatura; la otra alternativa: de que estemos en presencia de un tumor maligno de próstata y que la angina no sea más que mera coincidencia.

*Análisis complementarios.* — Recuento Globular. Rojos: 4.480.000. Blancos: 7.900. Eritrosedimentación. 1 hora 18 m.m. 2 horas 37 m.m.

Se resuelve hacer terapéutica sintomática y aguardar los resultados. Prontosil por boca, baños calientes prolongados, supositorios y diatermia con un polo intra-rectal. Una semana más tarde los resultados son halagadores: las retenciones no

se han repetido, la micción no es fácil pero si espontánea, sin dolor, las orinas se han hecho ámbar y al tacto rectal se nota una pequeña pero inconfundible mejoría, la próstata está más chica, disminución de tamaño que se ha hecho a expensas casi exclusivamente, del lóbulo izquierdo, el derecho permanece igual. Claro está que nos sentimos estimulados a perseverar con esta terapéutica y dos semanas después permitimos que el enfermo regrese a su casa bajo nuestra vigilancia; se halla muy bien, micción fácil y espontánea, orina ámbar, la próstata mejorada, el lóbulo izquierdo es prácticamente normal en cambio el derecho si bien considerablemente reducido es aún francamente patológico sobre todo en su parte superior donde claramente delimitado se toca un nódulo de dureza leñosa, fijo, e indoloro.

Pocos días después regresa el enfermo alarmado por dolores vagos de localización esencialmente variable y especialmente nocturno; de pronto es un calambre que se irradia por ambas piernas, como ya es un dolor sordo en el periné, o quizás en el bajo vientre, la noche siguiente es una sensación de peso en la región sacra etc.; el examen físico no revela modificación alguna, cateterizamos no hallando retención, se resuelve hacer tratamiento específico bismuto y yoduro de potasio y aplicaciones de ondas cortas haciéndose en total 10, día por medio, con escasa mejoría en lo que a dolores se refiere, pero en cambio presenciamos una mayor reducción del proceso flegmático prostático del que ahora queda reducido a ese nódulo a que hemos hecho referencia. Regresa el enfermo nuevamente a su hogar permaneciendo apenas dos días, pues es sorprendido por una nueva crisis de retención de orina que cede sin cateterismo y quejándose de mayores dolores, motivo por el cual nuevamente se interna. El estado general ha decaído manifiestamente, la lengua algo seca, apetito nulo, ligera temperatura, resolvemos practicar un uroselección recibiendo la muy desagradable sorpresa de ver que su riñón (el izquierdo) está totalmente destruido y el derecho con gruesas lesiones hidronefróticas con un megauréter, lesiones reveladoras de compresión de dichos conductos y eso sólo podía ser dado por un proceso infiltrativo de naturaleza neoplásica; no había ya más dudas, limitándonos a hacer terapéutica paliativa tratando de calmar los dolores que ya comenzaban a tomar intensidad aguda. Consultamos con el radiólogo quien aconsejó tres aplicaciones de radioterapia, cosa que así se cumple sin el menor alivio; el examen físico ahora nos revela ciertos cambios, por detrás del pubis se dibuja con toda claridad una masa de contornos netos, sumamente duro, indoloro, liso, que avanza progresivamente hacia la región umbilical, en cambio el tacto rectal muestra como única anormalidad el nódulo ya mencionado. El estado general del enfermo se ha desmoronado, escasa diuresis y dificultosa, lengua seca y atormentado por dolores atroces sólo parcialmente aliviado por la morfina. En estas circunstancias la familia del enfermo pide una nueva consulta con un distinguido especialista quien tras detenido examen llega a un diagnóstico diametralmente distinto: colección líquida (probablemente supurada) formada a expensas de algún órgano de la excavación pelviana quizás prostático; efectivamente los caracteres semiológicos habían experimentado un brusco cambio en las últimas 48 horas, el tumor había crecido con rapidez asombrosa, se dibujaba claramente bajo la

pared abdominal, y a la palpación bimanual (con un dedo en el recto) parecía recogerse claramente la sensación de colección líquida; tras cambio de ideas se resuelve intervenir cosa que se hace bajo anestesia general (ciclopropane) practicándose una incisión infraumbilical mediana, separación de rectos cayéndose sobre una tumoración cuya pared es abierta a dedo dando salida a una gran cantidad de líquido amarillento en el cual sobrenadaban numerosos trozos de tejido parecido a pelotones de grasa, se intenta explorar la cavidad pero en ese instante comienza a sangrar con tal intensidad que sólo un taponamiento energético consigue cohibir la hemorragia, quedando el enfermo en gravísimo estado y sólo reaccionando con transfusiones y el resto del arsenal terapéutico; sobrevive una semana, falleciendo de insuficiencia renal, como lo atestiguan las cifras de la úrea en sangre 0,92 - 1,88 - 2,92 ‰. El examen microscópico de ese trozo de tejido revela la presencia de bandas de células espinocelulares de crecimiento infiltrativo, mitosis atípica en partes muy densas, producción de capilares sanguíneos.

*Diagnóstico.* — Sarcoma espinocelular. Por razones comprensibles no fué posible obtener una autopsia.

En resumen: Se trataba de un proceso neoplásico de origen probablemente prostático de naturaleza sarcomatosa y en el cual la radioterapia produjo un reblandecimiento hemorrágico, no extraño, pues es conocida la riqueza vascular de dichos tumores.

#### DISCUSION

Dr. Trabucco. — *Es muy curiosa la sintomatología somática inicial del interesante caso presentado por el doctor Grimaldi.*

*El sarcoma de próstata da un tacto parecido a una cavidad líquida. En cambio, en el caso presentado por el doctor Grimaldi, el tacto ha denotado una dureza, completamente opuesta a la que presenten en general los sarcomas.*

*Otro punto que sería interesante también discutir, es por qué no se le pudo practicar una biopsia inmediata, para diagnosticar si la próstata estaba inflamada o era sarcomatosa. Con esto no se perjudicaba en nada al enfermo.*

*La biopsia trans-rectal es inocua, y merced a ella uno puede salir inmediatamente de la duda.*

Dr. Vilar. — *Deseo preguntar al doctor Grimaldi si hicieron uretrografía en ese enfermo.*

*Voy a citar una observación del doctor Salleras efectuada hace 6 años. Un niño de 4 años vino con retención completa; al hacer tacto rectal encontramos una tumoración blanda, resistente, que nos hizo pensar que no había sido evacuada totalmente la*

vejiga. Constatado ello se pudo comprobar una tumoración globulosa resistente. Se diagnosticó tumor de próstata. Hicimos radiografías con un cateter opaco y uretrografías y vimos que la uretra estaba rechazada hacia atrás del tumor. No he encontrado ninguna descripción de la deformación de uretra en ese caso en que el tumor no engloba la uretra, sino que la rechaza hacia atrás.

Esas fueron las razones que dieron varios médicos para no aceptar el diagnóstico de tumor de próstata. Persistiendo la disuria, hubo necesidad de tallarlo. Cuando falleció el niño, se pudo comprobar la existencia de un sarcoma de próstata. Lo que más llamó la atención es que la uretra estaba rechazada hacia el recto.

Dr. Schiappapietra. — He traído una radiografía que corresponde a un niño. No he presentado este caso antes porque consideraba que no estaba suficientemente documentado. Ustedes juzgarán si merece incluirse o no dentro de la casuística.

Se trata de un niño de 4 años, que me lo enviaba un colega para que le hiciera una circuncisión. El motivo de la circuncisión era una disuria. Ví al niño y no conseguí que orinara en el consultorio. Observé el prepucio y ví que no constituía una fimosis capaz de dar ningún fenómeno de disuria. Exploré la uretra, la que me pareció alargada. Le hice un tacto, lo que fué muy factible, y me dí cuenta que había un tumor que correspondía a la próstata, cuyo consistencia no era resistente ni era dura. Era de consistencia elástica y a la palpación bimanual eso se apreciaba de un tamaño considerable, en relación al alargamiento de la uretra.

Le propuse a la madre —no le hablé de operación— internar al niño para hacerle una biopsia. La madre se opuso. Entonces, le dije que el asunto era serio. Al colega que me enviaba al niño le dije lo que pensaba: que era un tumor de próstata. La madre, temiendo que le propusiera la operación no me vió más. Al cabo de 2 ó 3 meses, me volvió a ver. La evolución del caso fué rapidísima.

Puesto el chico en la camilla se palpaban dos cosas distintas: por arriba, una formación redondeada que era la vejiga y por abajo, se alcanzaba a palpar, por debajo del pubis una cosa de mayor resistencia. La palpación bimanual daba un gran tumor que no era de

consistencia resistente; era de consistencia elástica, haciéndose apreciable por arriba de la vejiga.

Interné al niño y lo primero que le hice fué una biopsia con una aguja que tengo para ello, por vía perineal. El tumor era tan grande, que en la extracción salían verdaderos fideos.

(MUESTRA LAS RADIOGRAFIAS).

Dr. Grimaldi. — No me queda sino agradecer las tres contribuciones y en lo que se refiere al doctor Trabucco, debo decirle que no hice biopsia de la próstata, quizá con el temor de confirmar ese diagnóstico que me hubiera obligado seguramente a cruzarme de brazos.

Lo lamento, porque de haber hecho la biopsia con anterioridad, no hubiera ido a la intervención, que era completamente innecesaria.

---