

RESULTADO DE UNA CASTRACION POR CARCINOMA PROSTATICO PRACTICADA HACE 16 MESES

Presentación de enfermo - Nuestra casuística

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

En la última sesión del año 1942, realizada por nuestra Sociedad el 17 de diciembre, presentamos 3 casos de orquiectomía por cáncer prostático avanzado, y hoy, al año de la misma, queremos resumir el resultado obtenido, a la vez que tener el gusto de presentarles el primer enfermo operado el 7 de agosto de 1942, vale decir, 16 meses después de la intervención.

Como dijimos en aquella ocasión, se trataba de un distendido vesical por un neo prostático avanzado, doloroso e irregular con grandes nódulos e infiltración periprostática, *absolutamente inoperable*.

En estas condiciones, le practicamos con anestesia raquídea, la talla hipogástrica; la extirpación de un grueso brote neoplásico que hacía saliencia en el cuello de la vejiga y que remitimos al laboratorio para su análisis; la extracción de un ganglio inguinal superficial y la orquiectomía bilateral con conservación de los epidídimos.

El examen anátomo-patológico de las piezas remitidas realizado por el Dr. Polak (ficha 839) decía así: "carcinoma cordonado y glanduliforme de la próstata; reticulosis ganglionar; atrofia testicular".

La mejoría del enfermo fué paulatina pero evidente habiendo desaparecido el dolor con atrofia absoluta de la glándula hasta aplanarse totalmente.

El enfermo está aun con su talla para completar la dilatación de su uretra, presenta un excelente estado general, buen apetito y ha aumentado 7 kilogramos de peso a la fecha.

Aprovechamos esta oportunidad para hacer un resumen anual de nuestros casos operados durante el año 1943.

2º caso. — M. M. (de nuestro trabajo anterior).

70 años; carcinoma prostático avanzado con profunda intoxicación.

Castración el 21 de octubre de 1942; mejoría inmediata; muerte por caquexia 8 meses después.

3er. caso. — J. B., 73 años.

Cistostomía un año antes de la castración por retención aguda completa producida por un neo de la próstata, *avanzado*.

Orquiectomía bilateral el 30 de octubre de 1942, para combatir los intensos dolores uretro-próstato-perineales que le obligaban a inyectarse varias ampollas diarias de Eucodal.

Su mejoría ha sido evidente; los dolores habían desaparecido durante varios meses casi totalmente, salvo las molestias imputables a la sonda, han reaparecido en forma discreta a raíz de las cistografías que mostraré a continuación; su estado general ha experimentado una notable mejoría y localmente la tumoración ha disminuido francamente de volumen.

4º caso. — J. F., 52 años.

Carcinoma véstico-prostático de 3 años de evolución, electrocoagulado e irradiado intensamente, que hacía imposible la vida por sus intensos dolores.

Realizamos la castración bilateral como último recurso, *sin resultado*; el enfermo falleció 2 meses más tarde en uremia.

5º caso. — B. S., 72 años.

Polaquiuria intensa diurna y nocturna, que llevó a la retención aguda completa por neo prostático *avanzado*.

Castración el 13 de octubre del corriente año; mejora evidente del estado general, reducción paulatina de la tumoración prostática, desaparición de la retención completa hace un mes, por lo que se le retira la sonda uretral permanente. Continúa en observación.

RESUMEN

De los 5 casos castrados tenemos: 4 por neo prostático con 3 éxitos aparentes y 1 fracaso por muerte del enfermo y 1 por neo vesical que llegó a la carcinosis pelviana, posteriormente, en el que la orquiectomía no dió resultado.

DISCUSIÓN

Dr. Astraldi. — Yo le preguntaría al Dr. Bernardi, si fuera del complejo psíquico que puede resultar para el enfermo el conocimiento de la extirpación de una glándula, hay algún otro factor.

Formulo esta pregunta porque todos estamos dentro de un campo de experimentación: ¿qué beneficios puede reportar al enfermo, fuera de la parte psíquica mencionada, la conservación de los epidídimos?

Dr. Bernardi. — Se deja el testículo porque se tiene entendido que el testículo es la glándula que actúa en ese caso. Es por ello, que últimamente

se ha preconizado la extirpación sub-albugínea para que el enfermo tenga una mayor sensación de la existencia de la glándula.

Por regla general, nosotros no avisamos al enfermo cuando se trata de personas de edad sobre la operación a practicar, pero sí ponemos en antecedentes a los familiares.

Dr. Mathis. — *Creo que en todos los servicios de la Capital hay una serie bastante elevada de casos de carcinoma prostático en que se ha practicado la castración en unos, el tratamiento hormonal en otros. Sería muy interesante conocer la experiencia total, para lo cual podríamos traer en la próxima reunión la experiencia que tenemos en cada uno de los servicios hospitalarios.*
