

## CARCINOMA DE LA PROSTATA

### UN CASO DE AUTO CASTRACION

---

Por el Dr. JOSE GORODNER

La castración, tratamiento actualmente en boga y que en realidad constituye una verdadera conquista en una enfermedad tan desastrosa como el carcinoma de la próstata, se debe, como de nosotros es sabido, a los importantes trabajos experimentales y clínicos de Huggins de Chicago y sus colaboradores.

Suman ya respetable cantidad los enfermos orquidectomizados y sin duda alguna existe opinión formada entre todos los cirujanos especialistas, pero no vacilo en afirmar que si el caso extraordinario que traemos se hubiera presentado hace un tiempo a un observador concienzudo, hubiera hecho iniciar con toda seguridad esta terapéutica muchísimos años antes, ya que el mismo constituye por sí sólo una prueba natural y espontánea de las excelencias de la misma.

Pasemos a referir nuestra observación.

Con fecha 30 de marzo de 1944 se interna en el Instituto, el señor E. S., con el Nº 6238, en la cama 39.

Se trata de un hombre casado, de 59 años de edad.

Sus antecedentes hereditarios carecen de importancia. No podemos sino decir lo contrario de los personales. Padeció durante muchos años de ligeros trastornos disúricos y de una discreta polaquiuria que no le molestaron mayormente. Hace 5 años a raíz de un traumatismo sufrido a nivel del escroto, fué intervenido practicándosele la hemicastración izquierda, curando perfectamente.

Su *enfermedad actual* se inicia hace unos tres meses con un síndrome urinario consistente en hematuria que dice ser de tipo total, de discreta intensidad, y dolor al comienzo de las micciones, acompañado por un chorro urinario disminuido en su calibre y fuerza de proyección. Desde entonces se instala una polaquiuria orinando cada una o dos horas durante el día y tres veces por las noches.

Al ingreso se comprueba que sus orinas son turbias y hematúricas, siendo más teñidas al principio y fin de las micciones, con dolor inicial, retardo y esfuerzo, interrumpiendo el acto varias veces con lo que el mismo resulta prolongado. Refiere también que orina cada hora u hora y media durante el día y unas tres veces por las noches.

A la *inspección* del aparato génito urinario se observa el vacío del hemiescrotó izquierdo.

A la palpación, en sus genitales externos, se verifica la ausencia del testículo y epidídimo izquierdos. Del lado derechos normales. El tacto prostático permite interesantes comprobaciones. El lóbulo izquierdo correspondiente al testículo extirpado es halla muy atrofiado, casi desaparecido, en cambio el órgano presenta un aumento de volumen en su parte derecha, que es grande como una gruesa nuez, de superficie lisa y bastante regular, indolora, de consistencia muy dura y de límites netos salvo hacia su parte súpero externa en que presenta una prolongación en forma de cuerno que avanza hacia la excavación pelviana. No se palpan las vesículas seminales.

La uretra blanda, elástica e indolora permite el paso de un explorador Nº 20, existiendo un discreto alargamiento del segmento posterior. La vejiga con su capacidad disminuida y retención de orina turbiosanguinolenta de 70 c.c., de reacción alcalina, densidad 1011, urea 12.80 gramos por mil, cloruros 6 grs. por mil, 0.25 cgrs. de albúmina y pus. La azohemia de 0.49 gramos por mil, glucemia 1 gr. por mil, cloro plasmático 4.50 rs. por mil, cloro globular 2 grs. por mil. Reacciones de Kahn y Wassermann negativas. Glóbulos rojos: 5.190.000; blancos 7600. Hemoglobina 80 %.

Se intenta practicar una cistoscopia pero la maniobra, lo mismo que la uretrocistoscopia es imposible por sangrar abundantemente. Como consecuencia de estas maniobras los trastornos urinarios se acentúan y la hematuria se intensifica.

El 5 de abril de 1944 se practica una biopsia de la próstata por la vía transrectal utilizando los aparatos de Mariani y López.

El 8 se intenta una nueva cistoscopia con la vejiga más calmada y que había sido sometida a un tratamiento con sonda permanente y aplicaciones de nitrato de plata al 1 %, pero con idéntico resultado.

El 10-IV-1944 aparece una orquiepididimitis derecha, con temperatura oscilante. Se indica sulfamidas y hielo.

El paciente continúa con temperatura remitente, mal estado general y local, aumentando en grande la tumefacción del escroto que en ocho días parece una gruesa pera. Como no se observa ningún punto fluctuante, se insiste con igual tratamiento.

Como el 25 de abril la polaquiuria y la hematuria se han intensificado a pesar del tratamiento y es estado general empeora, se le practica una transfusión de 250 c.c. de sangre fresca, que se repite dos días después.

El 29 las orinas son aún rojizas y el volumen del hemiescrotó comienza a descender. El 4 de mayo aparece una zona fluctuante en la cara anterior de la masa escrotal. Se incide a ese nivel, saliendo una regular cantidad de pus compacto y con el mismo una masa amarillenta, gomosa que resulta ser la sustancia propia del testículo.

La temperatura que había descendido desde hacía dos días, desaparece definitivamente.

El 6 de mayo se observa que aún sale pus por la herida, pero que todo el testículo se ha eliminado y los síntomas urinarios comienzan a declinar francamente.

En mayo 10 las orinas son aún algo turbias, pero sin sangre. El dolor y el esfuerzo miccionales muy atenuados al igual que la polaquiuria.

Mayo 16, o sea 12 días después de la eliminación del testículo por la fusión purulenta del mismo, el enfermo tiene sólo tintomas urinarios mínimos. El escroto reducido de volumen tiene el tamaño de una nuez constituida por restos del producto de la inflamación. El estado general totalmente cambiado tanto física como psíquicamente, de acuerdo a las expresiones del enfermo. Orina sin dificultad y sus orinas son límpidas.

El 20 de mayo el enfermo es dado de alta en muy buenas condiciones generales, ya que

rápidamente ha aumentado de peso, fuerzas y apetito, las orinas son claras y el residuo de 10 c.c. límpido.

Se le indica volver al mes, prescribiéndosele como acostumbramos en estos casos el dipropionato de dioxidietilbestrol a razón de 5 miligramos diarios durante 15 días.

El 20 de junio se presenta el paciente, que es visto por varios colegas, con un aspecto físico óptimo, tiene orinas claras, sin residuo; orina cada tres horas de día y una o ninguna vez por las noches. Al tacto, el lóbulo prostático bien diferente de su estado inicial pues en todos sus caracteres es normal, salvo un ligero aumento de la consistencia que es algo más firme que en los casos ordinarios.

Se le indica seguir con intermitencias sus inyecciones de hormona estrógena.

En la primera semana de septiembre o sea 4 semanas después de haber eliminado su testículo único en forma que hemos denominado auto castración, vemos al enfermo y su estado general y local son tan satisfactorios, que podemos considerarlo como curado.

Hemos descripto este caso "in extenso" porque presenta los siguientes aspectos que no sólo lo hacen interesante sino excepcional: La atrofia del lóbulo izquierdo de la próstata correspondiente al testículo extirpado a raíz de su traumatismo y 2º la eliminación por supuración del testículo restante que llevaron al alivio inmediato y casi brusco de sus síntomas, con la curación de su carcinoma de la próstata en forma similar a lo que ocurre en los casos más favorables en que procedemos a la exéresis quirúrgica de ambos testículos.

La terapéutica, en estos últimos tiempos evoluciona de manera vertiginosa, alcanza todos los aspectos de la medicina y obliga al médico a estar atento a sus cambios o progresos bajo riesgo de dejarlo en breve término, muy a la zaga de su marcha.

#### DISCUSIÓN

Dr. Bernardi. — *Como contribución a este caso de tratamiento de carcinoma de próstata por la castración, quiero relatar un solo caso que he tenido. Es cierto que con un solo caso no se puede llegar a ninguna conclusión, pero lo expongo porque lo considero interesante.*

*Se trata de un enfermo de 60 años, que erróneamente, ha sido operado de adenoma de próstata, cuando en realidad, se trataba de un carcinoma. Habiéndose dado cuenta del error el cirujano, que no era especialista, le hace el tratamiento con estrógenos. El enfermo me es enviado en consulta y le efectuó la castración por el procedimiento sub-albugíneo de Chute, y como es clásico, en lugar de desaparecer los dolores y de reducirse a los pocos días el carcinoma, esa próstata se mantiene estacionaria y aumentan los dolores, apareciendo una intensa polaquiuria.*

*En esas condiciones, creyendo que se le había instituido un tratamiento de poca intensidad, se lo acrecienta por vía intramuscular. El enfermo no mejora:*

*persiste su polaquiuria y su dolor. Entonces, se me ocurre, en una forma completamente práctica, sin ninguna base científica, hacerle inyecciones de estrógeno por vía perineal intra-prostática. Las he podido hacer fácilmente con una aguja grande, de 10 cm. y he visto con gran sorpresa que el enfermo mejoró en forma franca, a las 2 ó 3 primeras inyecciones: la próstata se ha ido reduciendo de volumen; las micciones se han hecho con menos frecuencia.*

*El enfermo lleva tomadas 15 inyecciones en dos meses y medio. Está orinando cada 6 horas y a la tercera inyección, el dolor desapareció por completo. Yo no sé qué base científica puede tener esto, pero dado que la castración sub-albugínea y el empleo de estrógenos en altas dosis no había dado resultado, fué que se me ocurrió utilizar el tratamiento local. Este enfermo, que fué visto en una oportunidad por un colega, no tengo inconveniente alguno en presentarlo.*

*Yo desearía que los colegas trataran de llevar a la práctica este procedimiento en los casos que no ceden a la castración ni a los estrógenos por la vía muscular, para que después comuniquen su experiencia a esta Sociedad.*

Dr. De Surra Canard. — *Sería interesante la biopsia tardía de la zona prostática.*

Dr. Gorodner. — *Hemos gastado muchos centavos en estampillas invitándolo a este caballero. No obstante que lo hemos tratado de convencer, no permite que le efectuemos una biopsia: sólo se deja hacer el tacto.*

---