

Tema Oficial.

Hospital Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCION URINARIA POR TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

Por los Dres. A. TRABUCCO y C. COMOTTO

Los síntomas de obstrucción urinaria baja se cuentan entre los más constantes del cuadro clínico provocado por los tumores malignos de la próstata, hecho que está de acuerdo con el desarrollo de un proceso que actúa tan directamente sobre el cuello de la vejiga. Existen dos clases de causas obstructivas, unas mecánicas y otras dinámicas; las primeras obedecen al obstáculo real que puede llegar a constituir el tumor desarrollándose hacia el ostium véstico-uretral o a la uretra posterior. En la segunda eventualidad, con mucho la más común, el proceso blastomatoso alterando la integridad anatómica del "músculo propio del cuello vesical", hace imposible la abertura del canal, o por lo menos la dificulta de acuerdo al grado de la lesión que la provoca, y de aquí los fenómenos de disuria o de retención de orina que son su consecuencia. Cronológicamente los síntomas obstructivos no son los primeros que se presentan, pues en general, en casi todos los casos son precedidos por aquellos que traducen un estado de irritabilidad del cuello vesical, tanto más precoz cuanto más próximo al labio inferior del mismo se desarrolla el proceso, que al progresar más o menos rápidamente interesa en forma directa a dicho músculo, cuyas fibras arciformes y transversales forman el substractum anatómico y funcional cuya relajación condiciona la abertura del ostium vesical al permitir el descenso del labio inferior del mismo. Se comprende que una acción terapéutica eficaz será aquella que actúe ya directamente eliminando el obstáculo en forma parcial o total, es decir, ya por resección del labio inferior del cuello vesical o por extirpación amplia en su totalidad. De las dos maneras puede ser obtenida la desobstrucción y la subsiguiente recuperación de la función miccional en forma más o menos satisfactoria según los casos, que es exactamente lo que obtenemos cuando actuamos sobre el cuello vesical quirúrgicamente a vejiga abierta o por

resección endoscópica. Pero estos procedimientos con los que perseguimos una curación definitiva en aquellos procesos de naturaleza benigna son evidentemente insuficientes para proporcionarnos la misma seguridad frente a los de carácter maligno que son los que nos ocupan.

Al desarrollar nuestro tema no podemos exclusivamente referirnos al problema de la obstrucción urinaria que no constituye nada más que una faceta del vasto cuadro clínico que trae cáncer a la próstata. Nos referiremos en forma casi exclusiva a nuestra propia experiencia al ocuparnos de los distintos casos que hemos agrupado en conjunto y que más abajo analizamos. El corto tiempo que llevamos en nuestro actual servicio hospitalario —poco más de dos años— hace que sea muy limitada la cantidad de casos, y lo que es más importante, es relativamente escaso el tiempo de observación de los mismos.

Por otra parte, el tratamiento de esta afección recién entra en una faz nueva y promisoría desde fines del año 1941. Huggins y Hodges, basándose en trabajos precedentes de Gutman y otros investigadores, publican sus notables experiencias clínicas experimentales, destacando el extraordinario efecto que la castración y los estrógenos tenían sobre el cáncer de la próstata y las metástasis provocadas por el mismo. Desde entonces son innumerables las observaciones y trabajos sobre el tema. Por sus resultados muchas veces espectaculares, el procedimiento es, sin disputa, el más valioso que se ha encontrado en la lucha contra el terrible mal, pero el tiempo transcurrido desde que el mismo ha entrado en la práctica corriente es aun muy corto para permitir un concepto definitivo en cuanto a curación.

Nosotros tenemos la observación de 19 casos en distinto grado de evolución, todos fueron beneficiados en la misma manera por la castración, que en todos se llevó a cabo, salvo en uno que no mejoró de sus síntomas obstructivos, por lo que hubo que practicársele una resección endoscópica. En cinco de los casos hubo que limitarse exclusivamente a la castración, pues razones económicas impidieron la institución de la terapéutica hormonal que nosotros creemos indispensable para consolidar el efecto de la "hectomía testis", que consideramos insuficiente por sí sola. En aquellos casos en que se ha llegado al diagnóstico cuando la extensión del proceso blastomatoso no ha rebasado los límites de la operabilidad, siempre difíciles de precisar, pues sólo contamos para ello con el examen táctil por vía rectal, y por supuesto en ausencia de metástasis, practicamos la extirpación radical de la próstata con su cápsula y las vesículas seminales, prefiriendo la vía perineal a las demás. En uno de nuestros casos, la presencia de una discreta induración en uno de los lóbulos prostáticos, nos llevó a practicar una biopsia por vía rectal con el trócar de Maraini, cuyo examen microscópico sólo demostró la existencia de elementos histológicos de hiperplasia benigna; con ese diagnóstico se efectuó una resección endoscópica del

proceso obstructivo, pero el examen citológico de los trozos resecados nos demostró la existencia de elementos de evidente malignidad, ante esta rectificación del primitivo diagnóstico nos resolvimos por la extirpación amplia de la próstata o más bien dicho de lo que quedaba de la misma con su cápsula y las vesículas seminales, procediendo por la vía perineal. Un problema nos presenta este caso, en el cual si bien es indiscutible la presencia de un proceso maligno, nada nos permite afirmar que haya rebasado los límites del órgano dentro del cual se ha desarrollado. ¿Debemos practicar sin más una castración en este enfermo y someterlo a la consabida terapéutica con estrógenos para frenar el desarrollo de un posible germen cancerígeno, oculto a la investigación clínica? O, siguiendo la conducta opuesta, considerar suficiente garantía de extirpación total y definitiva del proceso blastomatoso la amplia intervención practicada, y dar al enfermo por curado? Considerando que un 30 % de los adenomas prostáticos extirpados, de acuerdo al término medio de las estadísticas practicadas, poseen núcleos de degeneración cancerosa, y sin embargo resultando muy inferior el porcentaje de los enfermos adenomectomizados en los que secundariamente se desarrolla in situ un proceso canceroso, creemos estar autorizados a seguir este último criterio estando a la expectativa, observando la evolución.

Nuestra norma de conducta en todos los casos que nos llegan, consiste meramente, como es de regla, en instituir el tratamiento sintomático de rutina y confirmado el diagnóstico y en cuanto las condiciones del enfermo lo permiten practicar la castración total con anestesia local y casi nunca por el procedimiento subalbugíneo que consideramos insuficiente.

De inmediato instituímos la administración de estrógenos en forma masiva procurando llegar lo más pronto posible a la impregnación máxima que consideramos alcanza cuando aparece la tumefacción mamaria. Administramos por regla general 200.000 U. diarias por término medio, llegando a veces a las 500.000 U. Usamos indistintamente estronas o estilboestroles de preferencia inyectables. Por término medio llegamos a la tumefacción mamaria en 8 días, y luego la mantenemos con dosis suficientes más o menos espaciadas y en mínimo grado y según la tolerancia del enfermo.

A continuación va la presentación sintética de los casos clínicos que hemos estudiado y tratado. Por desgracia muchos enfermos, a pesar de todas las advertencias, no concurren de nuevo al servicio ni responden a las citaciones que se les formulan, de aquí que la faz más importante —la evolución ulterior— se nos pierda en esos casos.

ESTUDIO DE LOS CASOS CLINICOS

Hist. 458. — 29/1/47. V. A., español, solt., peón, 63 años. Disur., polaquiur., dolor sacr. lumb. rein. ves. 100 cc. Prost. dura nod., mal limit. Biop. rec. adeno carcinoma. Castración total. Estradiol 200.000 U. diar., tumef. mam. a los 8 días. Cesación rápid. mo-

lestias. 18 m. después sin molestias, sin reten. Prost. dismin. a la mitad, bland. pequeño nódulo duro en base, tumefac. mam. manten. con 10.000 U. oral de Estradiol.

Hist. 1010.—19/3/48. R. M., español, solt., peón, 53 años. Disur. polaquíur. ardor, dolor inten. pubian. comienz. 2 años y medio con polaq. y disur. Prost. dura nodul. tamaño mandarina, mal limit. gangl. inguin. Castrac. subalbu. Estilboestrol 200.000 U. diar. Resultado inmed., alivio marcado dolor; mediato. caquexia a los 10 días. Es retirado famil. sin noticia ulterior.

Hist. 1047.—30/4/48. P. M., ital., casado, peón. 61 años. Desde 4 meses disur. polaq. discreta noct. Prost. tamaño ciruela muy dura, mal limit. Fosfat. acid. 3 milig. Castrac. subalbugínea. Resecc. endoscópica ulter. Estilboestrol 200.000 U. diar. tumef. mam. 10^o día. Resultado inmediat.: regular, disur. estacion. y al mes se hace resecc. endoscópica; 2 meses después sin molestias, prost. tamaño castaña, blanda bien limit., pequeño nód. en base duro, mantiene tumef. mam. con 50.000 seman. de Estilboestrol.

Hist. 10.—11/3/46. G. G., españ., empl., cas., 59 años. Desde 1 año disur. polaq. c/30. hemospe. hematur. reten. 150 cc. Prost. tamaño ciruela, bien limit. nod. central, dolorosa. Prostect. hipog. microscop. de la pieza: adeno car. nódulo central. Resultado inmediato bueno; 2 años y medio después, excelente sin molest., palp. rect. negativa.

Hist. 20.—15/11/46. F. L., argent., zapat., cas., 76 años. Desde 3 años disur. polaq. c/30. Prost. tam. mandar. dur. irregul. mal limit. Biop. adeno care. infiltr. grad. 2 de Brod. Castrac. total: Estilboestrol 100.000 U. diar. tumef. mam. 12^o día. Resultado: inmed.: regular; sond. perman. a los 10 días micción fácil. 8 meses después, muy mejor. Prost. red. a la mitad, más blanda, mejor limit. Mantiene tumef. mam. con 10.000 día por medio del mismo estr.

Hist. 14.—6/3/46. L. R., arg., empl., cas., 55 años. Disur. acent. polaq. c/30' dol. ciat. Desde 1 año. Prost. mandar., dura, irregul. mal limit. adher. a p. ósea. Castrac. total Estilboestrol 200.000 U. diar. tumef. mam. 12^o día. Resultado inmediato; ces. dolor. supr. morfina micción fácil c/2 horas. 15 días: prost. menos dura, algo reducida, no dolor; demás mejoría casi absoluta.

Hist. 475.—5/2/47. N. S., arg., cas., peón., 49 años. Desde 5 mes. disur. polaq. (m. c/hora) tensmo: reten. 150 cc. Prost. ciruel. dura, modular, mal limit. Castrac. total Estilboestrol 100.000 U. diar., tumef. mam. 80 día. Resultado: inmediat: micc. fácil sin tenesmo c/2 horas. 15 días; micc. c/3 hor. facil. Prost. menos dura, algo reduc. no reten c.

Hist. 535.—21/4/47. B. K., ruso, cas., sastre. 62 años. Desde 2 meses disur. polaq. (m c/hora) reten. ves. 300 cc. Prost. leñosa irr. nodul. sin limit. Castrac., total. Estradiol 50.000 U. diar. tumef. mam. 10 días. Resultado: Inmediato; aliv. acent. micc. c/2 hor. sin disur. 17 mes. desp.: sin molest. prost. reduc. al tercio menos dura. No hay reten. Tumef. mam. manten. con 50.000 U c/5 días de Estradiol oral.

Hist. 535—2/5/57. D. A., españ., cas., cocin., 72 años. Desde hace 1 año disur. inic. polaq. (m/ c/ hora) Hemat. y dolor term. reten. ves. 80 cc. Prost. mandarin. dura, mal limit. nodul. Castra cc. total. Estradiol 50.000 U. tumef. mam. 80 días. Resultados: Inmediat.: muy bueno, cesa dolor y disur. micc. c/2 horas; 17 mes. desp. excel. estado

sin molest. sin reten. prost. reduc. al tercio. blanda. base poco limit. mant. tumef. mam. con 50.000 U. c/5 días de Estradiol oral.

Hist. 387. — 26/11/46. R. C., ital., viudo, alb., 66 años. Desde 1 año disur. polaq. (m. c/30 m.) retene. aguda desde 15 días. Prost. leño. peque. adh. mal limit. Castrac. total. Estilboestrol 200.000 U. diar. tumef. mam. 12 días. Resultados: Inmediat.; sigue retene. comp. hasta 12 días. después micc. fácil c/2 hor.: 2 años después: excel. estado. sin molest. prost. blanda base adh. y dura. mant. tumef. mam. con 100.000 U. p/semana Estilboestrol.

Hist. 264. — 23/9/46. M. V., espa., cas., empl., 72 años. Desde 5 mes. disur. hematur. polaq. (m. c/1 hora) dolor ciático y pubi. acent. Prost. ciruela. dura. adh. pared osea. metast. pubi. illi. fosfat. acid. 11 u. Arms. microscop. epiteloma infiltra. tip. prostat. Castrac. total. Estilboestrol 500.000 U. diar. tumef. mam. 10 días. Resultado: inmediat.: dolor, aliviados: retene. ves. comp. Debe darse morfina. 20 días desp. empeorado es retirado. Fallece 1 semana después.

Hist. 922. — 27/12/47. S. F. árabe, cas., peón. 64 años. Desde 8 días hematur. total. disur. acent. polaq. (m. c/2 hor.) prost. naranja. dura. nodul. leñosos. Mal limit. fosfat. acid. 1 mm. Castrac. total Estilboestrol 500.000 U. diar. tumef. mam. 10 días. Resultados: inmediat. excel. micc. fácil c/3 hor. 20 días desp. persiste mejoría. prost. reduc. al tercio, menos dura, más limit. 10 meses desp. mejoría urí. mant. molest. pulmón. posible meta.t. pulm. derecho. No tomó estrógenos desde su alta.

Hist. 189. — 10/10/47. L. A. P., arg., cas., mecan., 69 años. Desde 6 meses disur. acent. micc. c/1 hora. dolor sacro y perin. ant. prost. ciruela. nodul. dura. adh. pared osea. Castrac. total. Estilboestrol 500.000 U. diar. tumef. mam. 12 días. Resultados: inmediat: micc. más fácil. dolores muy alivi.: 1 año desp. excel. estado general. micc. fácil sin molestias c/4 horas. Prost. reduc. mitad indurada en base adh. a pared osea. Tumef. mam. con 50.000 U. Estilboestrol oral diaria.

Hist. 261. — 2/9/46. F. G. espa., cas., comer., 72 años. Desde 2 mes. disur. y micc. c/hora. Actual. reten. agud. compl. azoem. 1 gr. prost. mandar. leñosa nodul. tija. mal limit. Microscop epiteloma escirro. Castrac. total. Estilboestrol 100.000 U. diar. tumef. mam. 10 días. Resultados: Inmediat.: recupera micc. desde 80 días. Poca disur. (m c/3 hor.) 1 año desp. micc. fácil sin reten. prost. reduc. al tercio. menos dura. base mal limit. Mant. tumef. mam. con 50.000 U. diar. Estilboestrol.

Hist. 832. — 3/11/47. L. F., ital., viud., pintor., 79 años. Desde 6 mes. disur. tenesmo. micc. c/2 horas. Actual retene. compl. con lobo ves. prost. ciruela. leñosa. nodul. mal limit. adh. pared ósea. estrech. uretr. ant. Nº 10. Castrac. total. Estradiol 50.000 U. diar. tumef. mam. 8 día sonda permanente. Resultados: Inmediat.: bueno. mejora estado general rapid.: 1 mes desp. micc. fácil c/4 hor. sin residuo con cal. uret. 22. Sigue con Estradiol oral 50.000 U. c/5 días.

Hist. 136. — 27/5/46. J. C., ital., cas., Trent., 75 años. Desde 5 mes. disur. micc. c/hora. Actual. mal estado general. Prost. mandar. indu. en base mal limit. Biopsia McCarthy: aden. curci. Castrac. total. Estilboestrol 500.000 u. diar. Resultados: Inmediat.: no se beneficia: estado general se agrava paulat. y fallece en caquex. No se obtuvo tumef. mam. con la estrogenoterapia.

Hist. 238. — 16/8/46. V. R., arg., solt., peón, 82 años. Desde 2 años disur. micc. vc/2 hor. Actual. retenc. compl. con lobo ves. Azoem. 1 gr. tost. acid. 5 u. Arms. prost. mandar. nodul lebosos. fija mal lim. Micros aden. carcí. malig. IV. Castracc. total. Estrógen. no se hacen por faltar. Resultados: inediat.: no recupera micc. No mejora estado general. Fallece en caquexia al mes.

Hist. 62. — 15/4/46. A. S., ruso, viud., sastre, 77 años. Desde 1 año, disur. micc. c/hora. Desde 4 días retenc. compl. globo ves. Azoem. 0.85. Prost. mandar. dura. nodul. mal limit. Biop. aden. carcí. Castracc. total. Estrógenos no se hacen por faltar. Resultados: Inmediat.: no recupera micc. No mejora estado general. Fallece en caquexia a los 9 días.

Hist. 156. — 14/7/48. O. A., ital., solt., aric, 66 años. Desde hace 2 años disur. hematur. micc. c/hora. Resecc. endoscópica hace 1 año con diag. biop. rect. de aden. prostat. Alta a los 15 días sin molest. Reingresa con mismas molest. desde hace 1 mes. Prost. ci. ruela, bien limit. Nodul. duro central. Biopsia McCarthy adeno. carcí. efectuada hace 1 año. Prostatectomía extra capsular perineal. Resultados: inediat.: bueno. sigue en el servicio.

COMENTARIOS FINALES

De nuestros 19 enfermos, 17 han sido castrados beneficiándose de inmediato 15 de ellos; los dos restantes, en pésimo estado general, se agravaron, falleciendo en caquexia a los pocos días. Los pacientes con síntomas dolorosos fueron casi de inmediato aliviados y los síntomas disúricos atenuados en casi todos y en muchos desaparecieron por completo, paralelamente a la disminución del tumor prostático constante en mayor o menor grado en los 15 castrados, lo mismo que en sus caracteres de dureza y limitación. De acuerdo a nuestra norma general, indicamos dosis masivas de estrógenos desde 50.000 a 200.000 U. diarias usando dietilbestroles o estradiolos indistintamente, procurando saturar lo más rápidamente posible al organismo, considerándolo logrado con la aparición de la tumefacción mamaria que obtenemos en un término medio de 8 días, y que luego consideramos indispensable mantener por lo menos en grado mínimo siguiendo estrogenoterapia más atenuada inyectable o por vía oral, término medio 50.000 u. por semana. En uno de los enfermos, los fenómenos de obstrucción vesical cedieron poco después de la castración y estrogenoterapia, practicándosele una resección endoscópica (caso 3). Llevan más de un año de observación 6 enfermos, y de éstos, dos, con 24 meses, en perfecto estado general y local, cumpliendo la terapéutica indicada. El caso número 12 beneficiado localmente en forma acentuada, abandonó el tratamiento casi de inmediato y actualmente presenta una metastasis pulmonar. Con nuestro modesto aporte queremos corroborar de acuerdo a nuestra experiencia, los beneficios extraordinarios que pueden esperarse de un procedimiento que tantas y fundadas esperanzas ha traído.