

## CARCINOMA DE PROSTATA. CONSIDERACIONES A PROPOSITO DE UN CASO DE LARGA SOBREVIVENCIA

---

Por el Dr. CONSTANCE COMOTTO

En las Jornadas Urológicas llevadas a cabo hace trece años por nuestra Sociedad en la ciudad de Tucumán, presentamos como colaboración al Tema Oficial: "Afecciones Obstructivas del Cuello de la Vejiga", y en colaboración con el Dr. Trabucco, un trabajo que titulamos: "Tratamiento de la Obstrucción Urinaria por Tumor Maligno de la Próstata". Hacíamos referencia al tratamiento y desarrollo clínico de 19 casos, deduciendo un balance altamente satisfactorio en cuanto a la inmediata evolución de los casos, por cuanto 17 enfermos se beneficiaron, algunos en forma realmente espectacular, desapareciendo casi de inmediato la sintomatología obstructiva y la dolorosa, mientras que paralelamente descendía en forma paulatina la tasa de fosfatasa ácida, se borraban las manifestaciones radiológicas óseas y la apreciación táctil<sup>1</sup> del tumor lo mostraba reducido de tamaño y con sus características induraciones leñosas desaparecidas o por lo menos dudosas. Paralelamente la mejoría del estado general se hacía evidente y los enfermos se reintegraban a su vida habitual, casi por completo recuperados. Comentábamos el maravilloso progreso alcanzado desde que Huigins y Hodges en 1941 presentaron sus primeras observaciones sobre el resultado del tratamiento hormonal del carcinoma de la próstata, basado en estudios anteriores de Gutman y otros investigadores, revelando así un nuevo procedimiento de lucha contra el terrible mal, y que por su evidente eficacia permitía fundar las más optimistas esperanzas. Tres años después, en setiembre de 1951, presentamos también con el doctor Trabucco y el Dr. orres Pose, en la Sociedad Argentina de Urología, un nuevo trabajo sobre el mismo tema: "Tratamiento Hormonal del Carcinoma de Próstata", que confirmaba nuestro optimismo con la presentación de otros nueve casos que estudiamos y tratamos de la misma manera y con el mismo planteo: confirmación histológica del proceso tumoral, tratamiento hormonal consecutivo, es decir estrogenoterapia masiva hasta 200.000 unidades diarias de diestilboestrol o algún equivalente, hasta la obtención de respuesta mamaria y la castración consecutiva para continuar luego con las dosis reguladas de mantenimiento, manteniendo mínima reacción mamaria. Consignábamos 26 casos más, llegando así a las 45 observaciones, lo que considerábamos que constituía una estadística bastante respetable en apoyo de nuestras conclusiones, que por otra parte no aportaban nada nuevo y sólo confirmaban los resultados en nuestro medio de un método terapéutico aplicado en todas las latitudes por así decir. En la actualidad, han transcurrido alrededor de 20 años, las observaciones se cuentan por millares y se ha formado un criterio que es marcadamente uniforme en todas partes en cuanto a evolución y pronóstico,

por cuanto en lo fundamental del tratamiento, ningún aporte de su misma jerarquía ha sido presentado hasta el momento actual. El tiempo transcurrido, junto al análisis de las numerosas y nutridísimas estadísticas aparecidas en la bibliografía mundial, permite sentar conclusiones de real valor. Sentado el diagnóstico de tumor maligno de la próstata, convalidado por la biopsia, de inmediato debe instituirse el tratamiento hormonal, que para muchos debe completarse con la castración inmediata y para otros efectuarla cuando la evolución del proceso lo indique. Siguiendo los postulados de la cirugía del cáncer, la extirpación del órgano enfermo es de regla, y estamos con esta conducta que consideramos ideal cuando resulte posible aplicarla, desafortunadamente todos sabemos que la mayoría de los enfermos llegan a nosotros cuando los límites de la operabilidad han sido sobrepasados, aunque muchas veces el tratamiento hormonal es capaz de hacer retroceder al proceso hasta la factibilidad de la exéresis total considerada a priori por el examen táctil. De cualquier modo consideramos que el tratamiento hormonal debe prolongarse indefinidamente.

Es indudable que con la elevación progresiva de la cultura sanitaria de la población en general y la consigna del examen rectal sistemático de la glándula prostática de todo paciente adulto que deba ser examinado por cualquier causa, se ha hecho más factible el hallazgo precoz de las alteraciones tumorales de la próstata y en consecuencia la posibilidad de la acción quirúrgica ideal, solamente contraindicada específicamente cuando se constate la presencia de metástasis que muchas veces son precoces, respecto a la evolución clínica del tumor prostático que las ha generado el cual puede hasta pasar desapercibido frente a un examen superficial y dado que puede faltar cualquier signo urológico de alarma, vale decir que el "genio metastásico" de estos procesos, no guarda relación con los fenómenos urinarios en general de orden obstructivos, patrimonio de las hipertrofias de la próstata. Otras veces nos encontramos con tumores protáticos de gran volumen seguidos por largo tiempo sin que puedan comprobarse metástasis de ninguna naturaleza. Entre estos dos tipos extremos, el uno altamente maligno por su potencia diseminadora, el otro de lenta y escasa repercusión alejada, existe toda una gama intermedia pudiendo decirse que cada cáncer de la próstata tiene una evolución que no es posible prever y con características que prácticamente nunca se superpone con exactitud, de aquí que resulte problemático establecer un criterio uniforme en cuanto a evolución, tratamiento y pronóstico.

Sin embargo, algunas conclusiones útiles y constructivas pueden formularse en la actualidad, basándose en las numerosas estadísticas que de continuo se publican. Jacobs, al referirse al pronóstico, considera que la ausencia o presencia de metástasis es la única fuente de real valor para el pronóstico. También se acepta que la afección es tanto más rápidamente evolutiva y maligna cuanto más joven es el sujeto, por supuesto refiriéndonos a los carcinomas. Y es de observación corriente que nuestros enfermos de edad proveya, son los que evolucionan mejor y más lentamente, respondiendo en forma a veces espectacular, al tratamiento. En todas las estadísticas, y lo ha remarcado especialmente J. D. Fergusson, la evolución hacia las metástasis es tanto menos frecuente cuanto más avanzada es la edad del paciente. También se ha hecho notar que los enfermos que responden con más rapidez al tratamiento hormonal son los que controlan más favorablemente su enfermedad y la sobrevida es más larga. En cuanto al término medio de sobrevivencia, a partir del diagnóstico efectivo de la afección en los enfermos sometidos a tratamiento y de acuerdo a la mayoría de las estadísticas consultadas, alcanza a los 4 a 5 años, mientras que aquellos que no han sido

tratados la sobrevida no va en general más allá de los 2 o 3 años, como términos medios; lo mismo poco más o menos en las antiguas como en las últimas estadísticas, debiendo agregar que la evolución es mucho más benigna y llevadera en los tratados hormonalmente.

Después de estos comentarios, queremos presentarles un caso que consideramos poco común por varios de sus aspectos y que pasamos a exponer.

En octubre de 1948 se internaba en la Sala VI del Hospital Alvear, a cargo del Dr. Trabucco, un paciente de 71 años, con retención crónica incompleta de orina y distensión vesical. (P. S. viudo, H. Clin. Nº 796). Acusaba disuria progresiva desde un año antes, sensación de fatiga, inapetencia progresiva y baja de 10 kilos de peso en los últimos meses. Siempre había sido sano y negaba haber padecido afecciones venéreas. El examen físico mostraba un enfermo afebril, con anemia de las mucosas y de la piel, con intenso estado saburral del aparato digestivo, lengua seca y ligera obnubilación al interrogatorio. Un globo vesical se palpaba hasta casi el ombligo. Las orinas evacuadas con disuria evidente, eran pálidas y turbias. El tacto rectal revelaba la presencia de una hipertrofia irregular de la próstata, del tamaño de una mandarina, mal limitada, con nódulos y zonas de dureña leñosa, vale decir con los caracteres táctiles del carcinoma de próstata. Se coloca una sonda permanente a "débit ralenti", después de evacuar alrededor de un litro de orina residual; además se instituye el tratamiento de rigor, a base de suero glucosado endovenoso y vitaminoterapia que mejoran rápidamente al enfermo y la azohemia que era de 2 gm. 50 al ingreso, descendía a menos de 0. gm. 76 a los pocos días, lo mismo que la anemia de 2.800.000 hematíes, con aplicación de extractos hepáticos sube rápidamente a cerca de 4.000.000 de glóbulos rojos, reponiéndose el enfermo a ojos vistas. La fosfatasa ácida era de 3 unidades Bodanski. A los 10 días de internación las condiciones del enfermo eran muy satisfactorias, practicándose entonces una biopsia de la próstata con el trocar de Marañi, que nos mostró en el examen histológico practicado por el Dr. Trabucco, la presencia de numerosas células en cordones irregulares, con marcada atipia celular, con un escaso estroma conjuntivo. Se instituye entonces el tratamiento de fondo con dosis masivas de dietilestilboestrol (200.000 unid. diarias) y la castración casi simultáneamente, practicándose con anestesia local la ectomía testis subalbugínea. A los 10 días el paciente no había recuperado la micción espontánea por lo que le practicamos una resección endoscópica, recuperando la función miccional sin residuo vesical a las dos semanas. Un nuevo dosaje de la fosfatasa ácida mostró que ésta había descendido a 1 unidad Bodansky. El enfermo perfectamente recuperado con una azohemia de 0. Gm. 50 por mil es dado de alta con la indicación de seguir el tratamiento de fondo con estrógenos por vía oral, manteniendo una discreta reacción mamaria, y debiendo acudir periódicamente a la consulta para el control necesario. Debemos agregar que el tacto rectal mostraba la tumoración prostática reducida marcadamente en cuanto a tamaño, pero conservando sus zonas de induración leñosa características. El enfermo no concurrió más al Servicio ni tuvimos más noticias de él. Hace un año, encontrándonos a cargo de una sección del Instituto Municipal de Urología que dirige el profesor Dr. Luis Figueroa Alcorta, se presenta a consultarnos un paciente con un problema de cistitis, que no molestaba mayormente pero que a instancias de la familia decidía consultarnos, por cuanto hacía 12 años había sido operado de la próstata en el Hospital Alvear no habiendo vuelto, por cuanto nunca más tuvo molestias, no habiendo hecho ninguna clase de tratamiento, hasta que desde un mes más o menos se presentan el cuadro actual de micciones cada 1 a 2 horas, con discreto ardor pero sin disuria. Pensamos que se trataría de un caso de adenoma de pros-

tata, pero al examinarlo notamos la ausencia de ambos testículos por castración dada la presencia de las cicatrices operatorias perceptibles.

Lógicamente en el primer momento nos alarmamos pensando en un error de diagnóstico, que considerábamos casi imposible dada nuestra práctica habitual de no castrar a un paciente hasta no tener completado el diagnóstico clínico con el diagnóstico histológico del tumor. Internamos entonces al enfermo (H. C. Nº 11.830, el 31-VIII de 1960. Enfermo de 81 años en muy buen estado general, no aquejando ninguna molestia salvo las descritas en la esfera urinaria. Orinas tubías; al tacto rectal la zona prostática aplanada y mal limitada, con escasa prociencia hacia el recto y de consistencia casi dura, pero lejos de ser leñosa. El calibre uretral conservado, y vejiga sin retención y con 150 c.c. de capacidad. Practicamos entonces una biopsia de la zona prostática primero con el trocar de Silberman, por el periné y luego con el de Marañi, cuyo estudio practicado por el doctor Marano nos dice: "Intensa fibroesclerosis, que encierra islotes celulares dispuestos en cordones y acúmulos, con caracteres de tipo neoplásico, bloqueados por la fibrosis mencionada.

Diagnóstico: "Carcinoma semidiferenciado". Ha pasado otro año más y periódicamente nos visita el enfermo mejorado de sus cistitis, concurriendo solo al servicio a pesar de sus 84 años, desde larga distancia, siempre en perfectas condiciones generales y locales, pues el proceso continúa perfectamente estabilizado, no habiendo instituido ninguna terapéutica hormonal.

Como consideraciones finales diremos que no hemos encontrado en la literatura nacional y extranjera consultada una evolución tan prolongada y sobre todo documentada en su naturaleza histológica, como la de nuestro enfermo. Seguiremos, por supuesto, su trayectoria futura, para exponerla cuando la evolución del proceso presente algo que lo justifique.

---

---