

INDICACIONES DE LA ADRENALECTOMIA EN EL CARCINOMA DE PROSTATA

Por el Dr. JORGE GARRET AILLON

Hace mucho tiempo que la Ciencia Médica ha volcado sus afanes en la búsqueda, casi siempre infructuosa, de una solución radical al problema del Cáncer. En estos últimos tiempos se tiene la impresión de que nos encontramos próximos a la ansiada meta. Sin embargo, los problemas del paciente canceroso en las salas de los hospitales siguen mostrándose en toda su amarga desnudez. Es ante esta triste realidad que el médico trata de poner el mejor remedio a su alcance para dar adecuada y honesta solución a los problemas que se le presentan.

En los vastos campos de la especialidad urológica el problema del Carcinoma de la Próstata es indudablemente uno de los que más incremento ha encontrado ultimamente. Si recordamos, entre varias, las antiguas estadísticas de Freyer que en 1276 tumores prostáticos identificó 176 cánceres (13%) y los comparamos con los que en fecha más próxima obtuvieron Rich, Moore, Kahler y Baron y Angrist, que encontraron porcentajes del 14 al 46% de carcinomas de próstata ocultos, con un promedio del 24%, en las series de pacientes que estudiaron, ratificaremos ampliamente nuestros anteriores conceptos. Como dato ilustrativo interesante haremos referencia a los cálculos que en 1950 se hicieron en EE.UU. sobre una población de 16 millones de hombres de 50 o más años de edad y tomando en cuenta los porcentajes estadísticos antes anotados, concluían que existían 2 1/3 y quizá 7 y 1/2 millones de hombres que presentaban cáncer a la próstata sin saberlo.

A partir de 1941 el sombrío pronóstico del cáncer de la próstata cambió radicalmente. Huggins, después de sus magistrales investigaciones, recomendó como medida terapéutica realizar la orquiectomía dada la acción estimulante de los andrógenos sobre la próstata y el carcinoma de este órgano, a más del uso de un estrógeno de síntesis, el dietil-estilbestrol (Dodds), que posee un poder atrófico y de destrucción celular sobre el carcinoma de próstata. Posteriores investigaciones demostraron sin embargo, que en muchos casos el curso favorable de la evolución de la neoplasia se interrumpía y las tasas, hasta entonces bajas, de 17-cetosteroides urinarios y de Fosfatasa ácida, volvían a subir hasta porcentajes elevados, de modo que la única explicación del fenómeno tenía que encontrarse en una función compensadora de las Cápsulas Suprarrenales, que normalmente producen aproximadamente el 30 % de los andrógenos del cuerpo. Experimentalmente, en diversos animales (ratas, conejos, monos) se ratificó ampliamente esta concepción y en nuestro medio los interesantes trabajos de Houssay y colab. y Trabucco y colab.

nos muestra hasta que punto importante es este hecho, pues, no pocas veces la hipertrofia e hiperplasia de la glándula llegan hasta la formación de núcleos celulares francamente tumorales.

En vista de estos hechos fué el mismo Huggins el que preconizó la adrenalectomía bilateral para suprimir esta superproducción de andrógenos y después del descubrimiento de la Cortisona se utilizó también esta droga para procurar una adrenalectomía médica. A pesar de la lógica fundamentación del procedimiento, este método no ha encontrado suficiente éico en la práctica diaria. Entre nosotros es también Trabucco y colaboradores los que más se han ocupado y siguen haciéndolo, de este problema. Trabajando junto a ellos y atendiendo personalmente varios pacientes con carcinoma prostático, hemos creído de algún valor establecer cuándo debe hacerse la adrenalectomía en el Carcinoma de la Próstata.

Al hablar de adrenalectomía nos referimos a la adrenalectomía unilateral, generalmente izquierda por facilidad quirúrgica, y no a la bilateral. Se ha podido establecer que esta conducta beneficia realmente al paciente y pone en menos riesgo su vida. La estrogénoterapia y si es posible el uso de la cortisona lograrán frenar más fácilmente el 50 % de la fuente extragonadal de andrógenos que quedan.

Como se trata de pacientes siempre de edad avanzada, con una probabilidad de supervivencia muy corta, aún sin tomar en cuenta el carcinoma, nos sentiremos satisfechos si les procuramos un final más llevadero, considerando especialmente el enorme beneficio del síntoma dolor. En uno de nuestros casos (Hist. Clínica 608|13) se logró una sobrevida de 3 años y 8 meses en un paciente que había sido castrado 7 años antes de la adrenalectomía.

Por otra parte, este trabajo se refiere al criterio que observamos con los enfermos de Hospital, generalmente de escasa cultura y mala situación económica, que no seguirán un estricto tratamiento estrogénico ni estarán en condiciones de adquirir la cortisona o sus derivados durante largos meses. Es a éste tipo de paciente al que trataremos de dar una solución lo más satisfactoria posible y que armonice con un criterio científico del problema.

Para establecer conclusiones de algún valor, hemos revisado todos los casos de carcinomas prostáticos atendidos en estos últimos cinco años en la sala XIII del Hospital Rawson. De los 71 pacientes internados con este diagnóstico, el tratamiento al que han sido sometidos es el siguiente:

Castración y estrogénoterapia	32
Estrogénoterapia (Rechazan castración)	20
Adrenalectomía, castración y estrogénoterapia	9
Prostatectomía (Adenoma) y estrogénoterapia	2
Prostatectomía (Adenoma) castración y estrogénoterapia	1
Sin tratamiento (Altas solicitadas, fallecimiento)	7
Total	71

Como se puede observar, el número de adrenalectomías efectuadas es de 9, lo que significa un porcentaje de casi el 13 % del total de casos atendidos. De estas 9 adrenalectomías 5 se hicieron en un tiempo variable (3 meses a 8 años) después de la castración y de la estrogénoterapia y 4 al mismo tiempo que la castración y sin ningún tratamiento previo.

¿Cuál es nuestro criterio para indicar una adrenalectomía?

En primer lugar consideramos esencial efectuar un estudio completo del paciente. Se hará un examen clínico minucioso haciendo intervenir, casi siempre, al especialista para que nos informe sobre el estado cardio circulatorio del paciente.

El tacto rectal, la biopsia por punción, alguna vez a cielo abierto, la uretrocistografía, el urograma excretor y las radiografías de torax y pelvis en algunos casos, nos darán elementos de juicio generalmente muy aproximados sobre las proporciones del tumor y sus metástasis.

Los exámenes de Laboratorio fundamentales de Uremia, Glicemia, Eritrosedimentación, Recuento globular y fórmula leucocitaria, Hematocrito, análisis completo de orina, no se olvidarán en ningún caso. De modo especial sin embargo, se debe hacer la investigación de 17-cetosteroides, Fosfatasa ácida, calcemia y calciuria.

Las tasas de 17 cetosteroides nos muestran la actividad androgénica que existe en el organismo. Tasas elevadas ya son un indicio seguro de que a más de los andrógenos testiculares son las adrenales las responsables de esta elevación. Si en este momento hiciéramos una biopsia testicular encontraríamos dos hechos: 1º) El tejido intersticial es normal o hiperplásico. En este caso la actividad androgénica, estaría representada en su mayor parte por el testículo y la influencia del carcinoma prostático sería evidentemente gonado dependiente en un alto porcentaje. 2º) El tejido intersticial es normal o hiperplásico. En este caso la actividad androgénica, corresponderán en grado menor a los testículos y en grado mayor a otras fuentes de producción, prácticamente sólo las suprarrenales, las mismas que estarán influenciando en mayor grado que el testículo sobre el desarrollo de la neoplasia.

No existirán dudas tratándose de pacientes orquiectomizados varios meses o años antes. En estos casos la fuente de andrógenos y sus metabolitos urinarios, los 17 cetosteroides, será adrenal.

La Fosfatasa ácida que se encuentra en condiciones normales, corresponde casi íntegramente a la formada en el bazo, riñón, duodeno, etc., la que se elabora en la próstata y que actúa en los procesos metabólicos del semen exclusivamente, no se envía al medio interno y sólo se encuentra en él cuando la cápsula prostática ha sido vencida, como sucede en el cáncer de la próstata y más aún cuando se han establecido metástasis. Este hecho ha servido para considerar la fosfatasemia como un valioso índice en el diagnóstico y el pronóstico de esta enfermedad, ya que el descenso de la fosfatasemia después de la castración, la estrogenoterapia o la adrenalectomía, demuestra la mejoría del cuadro y en caso contrario su agravación. No se debe olvidar que esta elevación de la fosfatasemia ácida sólo corresponde, según algunos autores, al 85 % (Sullivan, Gutman y Gutman).

La Calcemia y Calciuria, después de los trabajos de Trabucco y colaboradores constituye también un valioso elemento de juicio para poder establecer la presencia de metástasis óseas, muchas veces no visibles radiológicamente. Para valorar su utilidad, al mismo tiempo que el de la Fosfatasa ácida, siguiendo las normas esenciales establecidas por Trabucco debe procederse del siguiente modo:

- 1º) Se establece un régimen hipocálcico durante cinco días.
- 2º) Se hace un dosaje de Calcemia, Calciuria y Fosfatasemia.
- 3º) Se estimula el adenocarcinoma con 100 mg. diarios de testosterona durante tres días.
- 4º) Se hace un nuevo dosaje de Calcemia, Calciuria y Fosfatasemia.

Puede suceder que los niveles de una y otra substancia no se hayan alterado ó que, por el contrario, se eleven. En el primer caso el tumor prostático probablemente no habrá salido de los límites de la cápsula y en el segundo estaremos, sin duda, ante un caso con metástasis o en vías de metastasarse, porque las altas dosis de andrógenos al estimular y reactivar los focos neoplásticos activan la movilización

de las fosfatasas y las sales de fósforo y calcio indispensables para los procesos de histogénesis ósea.

Con todos los datos clínicos, radiológicos y de laboratorios en la mano, nos toca decidir la conducta terapéutica.

Si se trata de pacientes que con anterioridad han sido orquiectomizados y han seguido con estrogenoterapia, reingresando con nuevos signos obstructivos y metástasis complicadas con dolores, presentando nueva elevación de 17 cetosteroides y fosfatasa ácida, si su estado general lo permite procederemos a la adrenalectomía izquierda y/o resección endoscópica, continuando con estrógenos, citostáticos y eventualmente con cortisona o derivados.

Tratándose de pacientes que ingresan por primera vez al Servicio procedemos del siguiente modo:

1º) Si los 17-cetosteroides están dentro de límites usuales (10 a 12 mgs. en 24 horas), con características testiculares normales al examen clínico o de biopsia. Si la fosfatasemia, calcemia y calciuria no se modifican después del estímulo con testosterona, si el tumor no es muy infiltrante ni desarrollado y no se encuentran radiológicamente metástasis, se hará simplemente castración total y estrogenoterapia. En casos de tumores muy desarrollados e infiltrantes aunque los datos de laboratorio no sean muy demostrativos, recordando que un buen porcentaje no revelan la gravedad del mal, añadiremos la indicación de adrenalectomía.

2º) Si los 17-cetosteroides están elevados, si la Fosfatasemia, Calcemia y Calciuria aumentan después del estímulo con testosterona, si se encuentran metástasis óseas y sea cual sea el tamaño del tumor y las características del testículo, procedemos a indicar Adrenalectomía, castración y posterior estrogenoterapia, siempre que la edad y el estado general del paciente lo permitan. Dos de nuestros pacientes adrenalectomizados tenían 77 años y fueron dados de alta en buenas condiciones (Hist. Clínicas 611|6 y 626|9).

No hacemos referencia a los tratamientos quirúrgicos de prostatectomía o prostatotrigonectomía radicales, a la hipofisectomía por cualquier método; al uso de P 32, a la roentgen, radium o cobalto terapia, porque no tenemos ninguna experiencia sobre el particular. Los casos que en nuestra estadística fueron sometidos a intervención quirúrgica, llegaron al quirófano con diagnóstico de adenoma y posteriormente se hizo el diagnóstico anátomo-patológico de carcinoma y se estableció la terapia complementaria correspondiente.

Tenemos la esperanza de que este decenio que tenemos por delante nos depare soluciones más satisfactorias y permanentes en el Carcinoma de Próstata, de modo que podamos ofrecer a nuestros pacientes un alto porcentaje de curaciones.

Bibliografía:

- Cifuentes D., L.:** "Cirugía Urológica Endoscópica". Edit. Paz Montalvo. Madrid 1961.
- Couvelaire, R., Patel J., Petit P.:** "Patología del Ap. Urinario masculino y femenino". Edit. Científico Médica, Madrid 1958.
- H. Boeminghauss.:** "Urología, terapéutica op. cl. e indc.". Edit. Paz Montalvo. Madrid 1958.
- Dodson, A. I.:** "Cirugía Urológica". Edit. Beta. Buenos Aires 1957.

Woolrich, J.: "Urológica". La Prensa Méd. Mexicana. México 1960.

Trabucco A., Marquéz F. J., Borzone R. J.: "Adrenalectomía en el cáncer de la próstata". Rev. Arg. de Urol. Año XXV, N° 1-4, Pág. 45-62.

Trabucco A., Marquéz F. J., Luraschi J. C.: "La fosfatasemia y calcemia en el adenocarcinoma de la próstata". Rev. Arg. de Urol. Año XXVII. N° 13 Pag. 33-35.

Year Book of Urology 196)-61.: "Year Book Medical Publishers". Chicago I11.

Reglamentación Editorial

(Con las modificaciones aprobadas en la Asamblea Extraordinaria del 26 de Junio de 1952).

- a) El trabajo presentado debe ser original.
- b) Los originales deben ser escritos a máquina, con doble interlínea, sobre un solo lado de las hojas, numerando las páginas, evitando errores de ortografía, sobre todo en idiomas extranjeros.
- c) Título breve (con aclaración en párrafo aparte).
- d) Las citas bibliográficas deben mencionar: 1º. Apellido del autor. 2º. Iniciales de sus nombres. 3º. Título del trabajo. 4º. Título de la revista (abreviado). Año. Volumen. Página.
- e) Los trabajos de casuística deben constar exclusivamente con una historia clínica sucinta con las radiografías o dibujos del caso presentado.
- f) Los socios designados Relatores en jornadas, como así también los que fueren invitados a pronunciar conferencias en nuestra Sociedad, gozarán en respecto a la publicación de la impresión de 10 páginas y 8 sitios para clisés o dibujos. Lo que exceda queda a cargo del autor.
- g) Todo miembro titular o adherente que presente trabajos en nuestra Sociedad queda sujeto al compromiso del pago que demande el texto, clisés y dibujos.
- h) Los apartados de la Revista estarán a cargo de los autores y deberán ser solicitados al hacer entrega de los originales del trabajo (modificación art. 14. - Regl. Revista - Asamblea 22 Julio 1948).
- i) La Comisión de la Revista tiene amplias facultades para publicar o no un trabajo científico. Tendrá en cuenta para resolver en esta materia el valor científico de dicho trabajo.

Estas resoluciones se tomarán después de oír la opinión de todos sus miembros.