

## CANCER DE PENE - CURIETERAPIA

---

Por el Dr. LUIS P. COSTA

Hemos tenido oportunidad de tratar una serie de pacientes con esta localización tumoral y el resultado obtenido a través de 20 años nos ha parecido interesante traerlo a la consideración de ustedes ya que el problema tiene un significado muy importante, tanto en la faz médica como también en las relaciones del portador con su mundo que lo rodea, sobre todo tratándose de sujetos jóvenes, en plena actividad sexual. Por lo general el C. A. de pene es objeto de la intervención quirúrgica y, cuando más incipiente su estadio, mayor es la urgencia de la extirpación antes que las cosas empeoren. Procuraremos demostrar en seguida que dentro de límites razonables, por supuesto, se puede apelar a medios mucho menos cruentos e irreparables, con todas las ventajas que de ello se derivan.

Más de un tercio de los carcinomas de pene aparecen antes de los 50 años. Estos tumores pueden ser planos o vegetantes y, como pasa siempre, las ulceraciones infiltrantes tienen un pronóstico, desde el punto de vista de la curabilidad y de sus propagaciones ganglionares, muy distinto y más grave que los vegetantes o exofíticos, sin base invadida. Concordando con todos los autores estos enfermos son portadores de fimosis y prepucio muy largo. Tan es así que la retención de un esmegma irritante se ha atribuído como factor etiológico. En los antecedentes se registra casi invariablemente la aparición de un pequeño T., ya sea en el surco balanoprepucial (dos tercios del total) y el resto en el glande propiamente dicho. El paciente se lo nota a través de la delgada piel, acompañado de una secreción fétida. El primer paso, pues, de casi toda nuestra serie, ha sido la circuncisión exploradora, que demostró la presencia del proceso en las localizaciones antedichas. Este tipo de operación es ciertamente profiláctica, sobre todo en las fimosis irreductibles.

Dividiendo en dos grandes grupos los casos que hemos tenido oportunidad de observar repetimos que cuando nos pareció factible no hemos vacilado en tratar con medios físicos, ya que, como es nuestro concepto fundamental para todo cáncer y siempre con las salvedades consiguientes, primero debe apelarse a lo que hemos denominado contactoterapia de megavoltaje, y luego siempre habrá tiempo para operar.

### DISCUSION

*Dr. Pujol.* — Nosotros estamos ligados desde hace unos años a la obra del doctor Costa, más que en los tumores de pene en los de vejiga. Y francamente, esa cercanía nos ha favorecido porque frente a un tumor de pene que se encuentre dentro de los límites de la operabi-

lidad, siempre hemos pedido su colaboración, la que en algunos casos ha sido de resultados espectaculares.

Desde el punto de vista urológico, somos quizá demasiado intervencionistas. La presentación del doctor Costa llega en buen momento. Es conveniente que pensemos en las posibilidades de la fisioterapia en esta afección.

Por ello, felicito al doctor Costa por su interesante trabajo.

*Dr. Bernardi.* — Adhiero a los comentarios elogiosos del doctor Pujol con respecto a la labor del doctor Costa.

Los urólogos que tenemos experiencia en esta enfermedad debemos reconocer que los resultados obtenidos son brillantes y que tendremos que decidimos por esta terapia. Todos sabemos lo que significa un cáncer de pene, su pronóstico, su recidiva in situ, su poder metastásico, especialmente en los ganglios inguinales. Muchos de nosotros hemos debido lamentar la pérdida de enfermos con lesiones no tan extendidas como las que ha mostrado el doctor Costa.

Debemos cambiar el concepto, teniendo en cuenta que casi todos estos tumores son epiteliales. Desde hace tiempo sabemos que estos tumores son radiorresistentes. Sin embargo, el doctor Costa nos ha demostrado que mediante el radium se pueden obtener resultados extraordinarios.

Conocemos asimismo la enorme mutilación que significa la intervención quirúrgica y en algunos casos, el enfermo queda con un pequeño muñón que apenas si le sirve para orinar.

Felicito al doctor Costa por su brillante labor y entiendo que debemos cambiar el concepto para beneficiar realmente a este tipo de pacientes.

Por mi parte, le preguntaría cuántos casos tiene tratados, cuántos curados y cuál es el caso de mayor sobrevida que ha podido observar en su larga experiencia.

*Dr. Irazú.* — Adhiero a los conceptos de los doctores Pujol y Bernardi.

Verdaderamente es un trabajo interesante y recuerdo que en esta Sociedad fue premiado hace años un trabajo del doctor Vicchi sobre este tema. La base del tratamiento de estos enfermos era puramente quirúrgica, indudablemente, con la mutilación que se ha mencionado. En una revisión de los casos, me sorprendió que el tratamiento del cáncer de pene era puramente físico, con excelentes resultados, al extremo que puse en duda la calificación que debía dar al trabajo de dicho colega. Lo que nos dice el doctor Costa acaba de confirmar tal aserto. Cuántas veces hemos hecho biopsias y no hemos encontrado tumor propagado. Quiere decir, que las metástasis son raras. Llama la atención también, que, a pesar del tratamiento intensivo, no se observen complicaciones como cistitis rádica, uretritis rádica, etc.

Tampoco se ha mencionado la presencia de complicaciones de orden testicular ya que algunos de estos pacientes han tenido hijos, después del tratamiento.

Todo esto es tan interesante que en el futuro todos nuestros jóvenes colegas debieran enviar estos enfermos al servicio de radioterapia.

*Dr. Costa.* — Agradezco a mis colegas la favorable acogida que tuvo este trabajo que sintetiza la labor de muchos años.

No tengo bien presente en este momento cuántos casos hemos tratado, porque la verdad es que no disponemos de tiempo para confeccionar estadísticas, pero deben ser alrededor de 40. Solamente han sido documentados con fotografías una parte de ellos, porque algunos fueron tratados con anterioridad a mi era fotográfica.

No puedo decir que esos 40 casos estén curados, por supuesto, pero lo que acabo de mostrarles es la pura verdad: hay casos de 5, 6, 7 años y hay uno de éstos enfermos cuya afección se inició en 1941 y todavía vive. Es un paciente que no presentó ninguna complicación a pesar de las enormes dosis que se administraron a su pene, quizá por falta de experiencia.

Las dosis que se administran no perjudican sino que benefician al enfermo. Por otra parte, hay tiempo para operar siempre que el paciente haya sido sometido a las agujas de radium, no a la radioterapia de los distintos tipos de voltaje. En 4 ó 5 días se efectúa el tratamiento con la ventaja de que el enfermo puede movilizarse. Y no existe la posibilidad de que se escape ningún sector de la lesión tumoral, debido a la forma en que están colocadas las agujas.