

## SARCOMA DE LA PRÓSTATA EN UN NIÑO DE 8 AÑOS

Por los DRES. ALFONSO PUJOL y JORGE MOREAU  
y la DRA. MARIA LUISA OTEIZA

Sorprendidos por la ausencia de observaciones de Sarcomas de la Próstata en el Niño, registradas en la revista oficial de nuestra Sociedad de Urología, hemos considerado oportuno presentar el caso clínico que da motivo a esta comunicación, con el propósito de iniciar así su registro.

Dos comunicaciones y una conferencia muy bien documentadas, que oportunamente fueron presentadas en esta Sociedad, nos permiten eximir de insistir una vez más sobre el origen de estas tumoraciones; la primera comunicación a que hicimos referencia es la del Dr. Rolando Hereñu<sup>(1)</sup> y la segunda la de los Dres. Armando Trabucco, Luis L. Sánchez Sañudo, Oscar C. Carreño y Horacio Levati<sup>(3)</sup>, y la conferencia, expuesta aquí mismo, por el Dr. Deny Pellerin<sup>(2)</sup>, que hace poco nos visitara.

La frecuencia de esta afección en el adulto está denunciada por los pocos casos presentados, así como la casi ausencia en la edad infantil, coincidiendo todos los autores en este aspecto. En cambio la denominación de Sarcomas de la Próstata no se ajusta estrictamente a la realidad embriológica y topográfica, por lo cual merecen calificarse más bien como Sarcomas del Seno Urogenital, según lo expuso tan elegante y didácticamente el profesor francés Dr. Pellerin en su conferencia. Sin embargo lo presentamos aún bajo el título de Sarcoma de la Próstata a fin de evitar posibles confusiones.

Durante nuestro desempeño como urólogo en el Servicio de Urología del Instituto de Radiología Municipal, nos fue enviado para su estudio y tratamiento un niño, E. D. G., de 8 años de edad, argentino.

Su enfermedad actual comienza a principios del mes de abril de 1963 con síntomas urinarios francos, polaquiuria diurna y nocturna, discreta disuria al principio pero que luego se fue acentuando progresivamente hasta desembocar en una retención completa que obligó a colocarle una sonda permanente, pues se reproducía no bien quedaba sin sonda.

En un principio el enfermito fue atendido en el Hospital de Niños donde se intentó una cistoscopia que no pudo efectuarse. Se le practicó entonces una biopsia por punción de la próstata cuyo material fue enviado y estudiado por el Dr. Becú, del Hospital de Niños, informando fibrosarcoma de próstata.

A esta altura de la evolución de la afección nos es enviado al Instituto de Radiología y Fisioterapia Municipal por el Dr. Berstein Hahn, solicitándonos se le efectuase un tratamiento actinoterápico.

*Antecedentes:* Nacido a término de parto normal. Deambulación normal. Eruptivas de la infancia y coqueluche.

A su ingreso el enfermito conserva un buen estado general y peso. Exoneración intestinal normal. El examen del abdomen arroja como datos positivos la presencia de una tumoración de límites mal definidos, más extendida hacia fosa iliaca derecha; dolorosa a la palpación profunda, de consistencia firme y que no permite desplazamientos. En ambas zonas inguinales se palpan ganglios libres y móviles. El tacto rectal se lo hace con dificultad por lo cual se recurre a la anestesia general que facilita la maniobra: Se palpa así una gran masa tumoral que ocupa toda la confluencia prostatovesicularrectal; tumor del tamaño de una naranja, de consistencia blanda elástica, con límites difusos. A la palpación bimanual toma contacto con el pubis y asciende hasta unos centímetros por encima de éste.

El enfermito se encuentra en retención completa de orina lo cual obliga a mantenerlo con sonda uretral permanente.

Examen de laboratorio al ingreso:

*Hemograma:* Glóbulos rojos: 4.750.000. Glóbulos blancos: 8.1000.

*Orina:* Densidad: 1.021 uratos y leucocitos.

*Dosaje de urea en sangre:* 0.25 ‰. *Dosaje de glucosa en sangre:* 0.85 ‰.

*Eritrosedimentación:* 1 hora: 22. - 2 horas: 44.

*Radiografías de tórax:* Sin alteraciones: Radio, Urológicos, Urograma.

9-V-963: Se inicia la irradiación de la próstata con telecobaltoterapia a una distancia focal de 50 cms. en 3 campos: 1 anterior y 2 oblicuos posteriores.

23-V-963: Dolores durante la evacuación intestinal y expulsión de mucosidades. El tacto rectal no revela variaciones dignas de consignar.

27-VI-963: Evacuación intestinal normal. Se retira la sonda uretral permanente y la micción se efectúa más o menor normalmente, aunque persiste una polaquiuria.

Se han efectuado 4.800 r.t.

Desde hace 1 semana el paciente percibe una sensación de adormecimiento y luego anestesia del labio inferior y el mentón.

3-VII-963: Continúa la anestesia del labio. Aparece también una tumoración del tamaño de una nuez a nivel de la parte superior de la rama ascendente del maxilar inferior, de consistencia muy dura, dolorosa al palparla y fija a los planos profundos que por sus caracteres deja pocas dudas de que se trata de una metástasis por lo cual se decide irradiarla con cesio a una distancia focal de 20 cms. Se inicia además Endoxan en comprimidos, 1 por día y Amblostan, 1 c.c. 2 veces por día.

15-VII-963: Damos por finalizada la irradiación del tumor prostático con una dosis de 6.500 r. El enfermito no tiene disuria, ni trastornos para su evacuación intestinal.

En una radiografía torácica de contro se observa en la región infraclavicular una infiltración pulmonar derecha.

29-VII-63: Terminase la irradiación de la metástasis en cara con una dosis piel de 5000 r.; con desaparición de la tumoración, no así de la anestesia. Tos seca.

6-VIII-63: Continúa con tos seca muy intensa y frecuente.

Una nueva radiografía de tórax manifiesta un gran aumento de la infiltración pulmonar. En cambio el tacto rectal permite apreciar una tumoración de tamaño mucho menor que la inicial y sobre todo aplanada, sin sobresalir hacia el recto. A la palpación casi no se consigue percibir la gran tumoración hipogástrica original.

16-VIII-963: Enfermito muy adelgazado, pálido, anorexia acentuada. Disnea de esfuerzo tos seca. Se decide intentar la irradiación de la metástasis pulmonar con precaución. Se continúa con el Endoxan.

13-IX-963: Palidez, fatiga, decaimiento, vómitos.

*Hemograma:* 3.350.000 de glóbulos rojos. 5.000 de glóbulos blancos.

Se indica transfusión.

Lleva efectuadas 3.200 r. sobre pulmón derecho.

Atendiendo al mal estado general se suspenden las irradiaciones y se continúa solo con Endoxan y transfusiones de sangre.

En todo el curso evolutivo posterior a la irradiación prostática el enfermito no ha vuelto a tener trastornos de la micción ni de la defecación.

De acuerdo a nuestra observación pueden deducirse algunos datos interesantes con relación a la Telecobaltoterapia, en este tipo de afecciones. Vemos que aun en casos avanzados puede tener una acción paliativa local favorable,

aunque incapaz de controlar las metástasis. Pero no puede ser nunca considerada como el tratamiento de elección cuando sea posible la cirugía.

El fibrosarcoma, como en general todos los sarcomas del hueso o del tejido conectivo, son tumores radiorresistentes y excepcionalmente pueden ser curados por sólo la radioterapia. La cirugía debe considerarse el tratamiento de elección en los casos que lo permitan, ya sea en el tumor primitivo, como en el recidivado, pero todavía operable.

La cirugía tendrá que ser lo más radical posible, sin esperar ayuda como medida curativa de la radioterapia, pre o postoperatoria. Sin embargo, hay muchos casos donde la localización de la neoformación, el estado general del paciente o la imposibilidad y no aceptación por parte del paciente de una cirugía radical dejan como única posibilidad la irradiación, y entonces ésta ofrece la contribución de una terapéutica paliativa dirigida a restringir el crecimiento del tumor. En el caso de metástasis, sólo deberá efectuarse la irradiación cuando hay dolor u otros síntomas muy molestos. La irradiación nunca está indicada como profiláctica.

Existe una coincidencia que llama nuestra atención sobre el diagnóstico tardío de los sarcomas de próstata, y especialmente en los niños: suele alcanzarse un diagnóstico positivo en un período evolutivo que está fuera del alcance de los recursos terapéuticos disponibles. ¿Cuál sería el resultado de los tratamientos actuales en lesiones iniciales o menos avanzadas? Es difícil en el momento actual suponerlo y por ello es preciso que se mantenga el ánimo constantemente prevenido para descubrir estas lesiones cuando aún es oportuno el tratamiento. No es posible seguir pensando en que la retención de orina completa ha de ser el único síntoma que revela la afección. La simple polaquiuria o la disuria en un niño deben ser síntomas de alarma para buscar por todos los medios de establecer las causas que las originan; lo cual significa que deben prodigarse los exámenes urológicos en los niños, impulsados por la duda diagnóstica, que justificará desde el urograma excretor hasta el examen endoscópico.

#### B I B L I O G R A F I A

1. *Hereñu, Rolando*: Sarcoma de la región prostática. Rev. Argentina de Urología. V. XXIX, p. 138, año 1960.
2. *Pellerin, Demy*: Conferencia en la Sociedad Argentina de Urología, año 1964.
3. *Trabucco A., Sánchez Sañudo L., Carreño O., Levati H.*: Trabajo presentado a la Sociedad Argentina de Urología, año 1964, en prensa.