

SARCOMA DE PROSTATA

Dres. Juan A. Mocellini Iturralde y Raúl A. Rubi

Servicio de Urología
Hospital Juan A. Fernández
Jefe: Dr. Alfredo A. Grimaldi.

Esta afección fue comunicada primeramente por Stafford, en Londres, en 1839, y desde entonces a la fecha, han sido varios los aportes, pero aún así, es escaso el número publicado, no pasando en este momento de aproximadamente de 300, según Hamlin y col. (3)

La edad de aparición tiene muy amplios márgenes, desde niños de pocos días hasta ancianos de 90 años, si bien la mayor incidencia de la enfermedad se encuentra entre los diez y veinte años

En lo que respecta a la etiología, son varias las teorías sustentadas, pero en general se acepta que es la malignización de restos celulares embrionarios recluidos en una zona compleja en su desarrollo. Hay en la literatura numerosas referencias a la relación causa-efecto con los traumatismos perineales y en varias observaciones se menciona la aparición de la enfermedad pocas semanas o meses después del accidente. También se han encontrado en estos pacientes procesos inflamatorios (prostatitis) que seguirían la misma cronología (5).

Su crecimiento es rápido, produce obstrucción urinaria precoz, compresión rectal y metastatiza pronto y frecuentemente por vía linfática (Stirling). Se los ha tratado de clasificar de muy distintas maneras, pero en la actualidad el ordenamiento propuesto por Melicow y col. (5) es el más aceptado; según este autor, estos tumores pueden ser clasificados del siguiente modo:

- A) Sarcoma isoplásticos
 - 1) fibrosarcomas
 - 2) miosarcomas
 - 3) linfosarcomas
- B) Sarcomas metaplásticos
- C) Sarcomas anaplásticos y pluriplásticos
 - 1) angiosarcoma
 - 2) mixosarcoma
 - 3) condrosarcoma
 - 4) fibrosarcoma neurogénico
 - 5) fibromiosarcoma

La observación que pasamos a relatar corresponde a un joven de 16 años de edad que comienza con disuria y polaquiuria progresivas, que culminan con uretral en permanencia.

El examen del paciente nos revela un pobre estado general, adelgazamiento, palidez excesiva, pero ausencia de signos clínicos objetivables. Por tacto rectal, se encuentra una glándula prostática aumentada de tamaño, sin límites precisos, franca prosidencia rectal, superficie irregular, fluctuante, indolora e inmóvil.

Los exámenes de laboratorio solo señalaban la existencia de una anemia hipocromica. Los estudios radiológicos realizados, urografía de excreción y uretro-

SARCOMA DE PROSTATA

prostatocistografía fueron el gráfico exponente del éstasis ureteral bilateral así como de la deformación de la uretra prostática y su desplazamiento lateral. Pocos días después, el paciente comienza con crisis febriles que cada vez son más difíciles de controlar, al mismo tiempo que se hace intolerable el sondaje permanente, situación que nos obliga a adoptar la que sin duda es la peor conducta, la cistostomía.

Ya en 1937, Trabucco y Sando (9) insistían en la necesidad de realizar la biopsia por vía transrectal y este criterio se ha mantenido hasta la fecha, aunque utilizando otros elementos (4). Previa a la cistostomía se le practicó al paciente una biopsia perineal por medio de la aguja de Vim-Silverman - Franklin y una segunda biopsia se realizó durante la talla vesical, condicionando esta última una hemorragia muy seria post-operatoria.

Poco tiempo después de la operación, tiempo que se pudo medir en días, el tumor en su crecimiento aparece por el hipogastrio, resultando la cistostomía completamente ineficaz. Esto condiciona el derrumbe total del enfermo que fallece física y espiritualmente deshecho a los 45 días de la operación y poco más de tres meses de las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad. En su debido momento, fue compulsada la opinión de radioterapeutas y cancerólogos respecto a la posibilidad de hacer terapia de alta energía y cistostáticos, pero dado que ellos creyeron que este caso en particular serían inoperantes, no se realizaron. Sin embargo, Pujol y col. (7), preconizan el uso de telecobaltoterapia solo con fines paliativos locales, aunque insisten que nos es posible controlar las metastasis por este medio, opinión también sustentada por otros autores (4, 8).

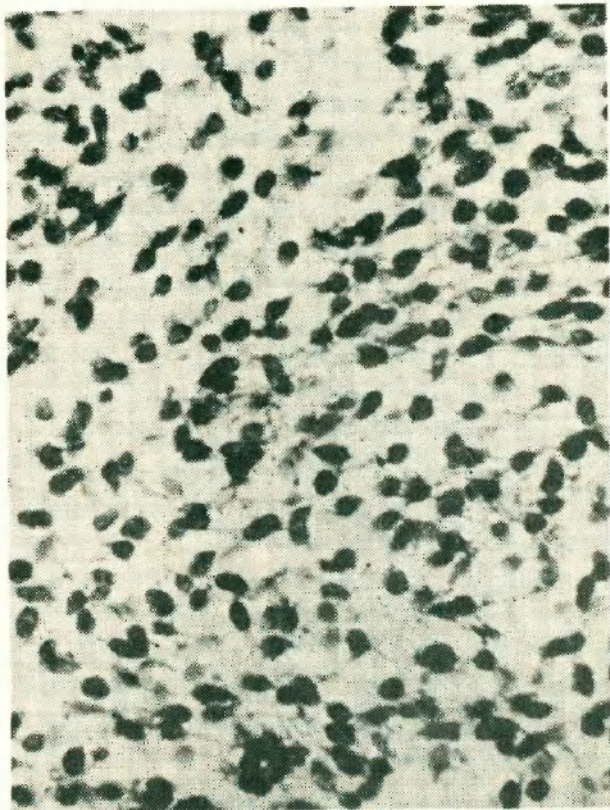
En 1923, Maraini hace el primer aporte en el seno de la Sociedad, y creemos que debe ser la primera observación en nuestro medio. A esta comunicación siguió de la Grimaldi y col. (1, 2) y es digna de mención la de Pereda (6), pues en el caso por el referido, el tumor era de tipo pediculado lo que permitió una exceresis total y la sobrevivida del paciente, hombre joven que pocos años después contraía matrimonio.

Creemos que la gran cirugía con vaciamientos pelvianos no se justifica, por la alta mortalidad operatoria, la gran mutilación que implica y la breve sobrevivida que ofrece el sarcoma. Pero también creemos que en nuestro caso en particular, y basados en las opiniones de los especialistas consultados, nos restringimos demasiado en la conducta terapéutica, y si bien la terapia de alta energía no hubiera condicionado la curación de la enfermedad, quizás nuestro enfermo podría haberse ahorrado muchos sufrimientos. Es por ello y a pesar de la opinión contraria, nos hacemos eco de la vertida por Pujol años ha, que nos parece acertada y quizás el comienzo del camino que lleve a la solución de este problema.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Grimaldi F. y Grimaldi A. A. Rev. Arg. Urol., Vol. X: 517, 1941.
- 2 - Grimaldi F., Duggan J. y Drasdale C. Rev. Arg. Urol., Vol. IX: 185, 1940.
- 3 - Hamlin W. B. y Lund P. K. J. Urol., Vol 97: 518, 1967.
- 4 - Hereñú R. Rev. Arg. Urol., Vol XXIX (9-12): 138, 1960.
- 5 - Melicow M. M., Pelton T. H. y Fish G. W. J. Urol., Vol. 49: 675. 1943.

- 7 - Pujol A., Moreau J. y Oteiza M. L. Rev. Arg. Urol., Vol XXXIII (10 - 11 - 12): 386, 1964.
- 8 - Trabucco A. E., Sánchez Sañudo L. L., Carreño O. C. y Levati H. A. Rev. Arg. Urol., Vol XXXIII (4-5-6): 99, 1964.
- 9 - Trabucco A. E. y Sandro R. La Sem. Med., N° 2: 346, 1937.



SR. PRESIDENTE. En consideración.

DR. BERSTEIN HAHN. Como no hay muchos casos y veo que en la Sociedad se han presentado unos cuatro o cinco, quería agregar el de un chico de cuatro años que fue enviado al Servicio de Urología del Hospital de Niños con el diagnóstico de eneuresis. Tenía una evolución de pocos meses y resultó ser un sarcoma de próstata. Siguió el mismo proceso que el del caso presentado; tratado con radioterapia y quimioterapia, esa retención cedió, pudo orinar espontáneamente y tuvo una sobrevida de un año.