

Comentario

Diversos son los procesos ginecológicos que dejan su sello compresivo en el aparato urinario y sólo pretendemos aquí hacer una síntesis de los mismos:

1) *Mioma uterino*: cuando es de gran volumen y por su localización actúa sobre órganos de vecindad (Calatroni-Ruiz, 8ª ed.).

2) *Carcinoma de cuello uterino*: puede determinar uremia por compresión de ambos ureteres y provocar el fallecimiento por insuficiencia renal.

3) *Tumores ováricos intraligamentarios o intrapélvicos* o aquellos inmovilizados por adherencias sobre todo como dicen los autores precedentes, si son sólidos.

4) *Parametritis crónicas*: cuando los exudados inflamatorios se hallan en estado avanzado de organización con neoformación de tejido cicatrizal. La retracción cicatrizal puede afectar a los órganos que discurren por el ligamento ancho y estrecharlos, y si bien es cierto que los más afectados son los vasos (venas) y filetes nerviosos, el uréter puede verse comprometido.

En el caso relatado quiste de ovario, ha sido posible su repercusión urológica por ser fijo, no pediculado y ocupar la base del ligamento ancho desplazando al ureter como también lo manifiestan J. C. Ahumada y otros colaboradores, en su tratado de Ginecología, contra la pared lateral de la pelvis.

Que la causa de la ectasia uretero piélica haya sido la mencionada lo testimonia además de la pielografía ascendente sacada 6 meses más tarde, la evolución favorable de la paciente con orinas limpias y sin dolor.

Hospital Español
Buenos Aires

Rev. Arg. Urol. Nefrol.
Tomo 40 - Año 1971
Soc. Argentina Urología
23-12-71

BIOPSIA PUNCIÓN PROSTATICA

Dr. JOSE MARIA MONSERRAT

La biopsia punción prostática es un elemento importante en el diagnóstico de la patología prostática tumoral y frecuentemente será el único elemento que puede certificar la existencia de este tipo de lesiones.

Ciertamente, un urólogo experimentado puede, en gran número de casos, llegar a un diagnóstico exacto por medio del tacto rectal complementado con la uretrografía y exámenes de laboratorio, pero sin embargo, también es cierto que en ocasiones, estos estudios pueden ser poco definidos o aún confusos, fundamentalmente en prostatitis crónicas, en infartos prostáticos, nódulos miomatosos en hiperplasias benignas, etc.

Es en estos casos en que la biopsia puede llegar a aclarar el cuadro.

Existe por lo tanto, una indicación categórica de la biopsia prostática en todo caso de duda diagnóstica, pero creemos que además, la misma debe ser realizada en forma sistemática a todo enfermo a quien se diagnostique una neoplasia prostática, en primer lugar, para descartar posibles errores diagnósticos, pero fundamentalmente, para tener una documentación categórica de la naturaleza de la lesión antes de iniciar un tratamiento hormonal estrogénico, que tiene sus riesgos y que provoca alteraciones en la esfera sexual y somática, que pueden inducir al enfermo a planteos ante su médico tratante, cuestionando la continuidad o incluso la indicación de esta terapia.

Por otra parte son bien conocidas las profundas modificaciones que la estrogénoterapia provoca en la próstata carcinomatosa, haciendo desaparecer frecuentemente, toda evidencia de lesión, al examen por tacto rectal, con lo que surge la posibilidad de divergencias diagnósticas si el enfermo es examinado por otro urólogo.

En manos experimentadas, y respetando las escasas contraindicaciones, las complicaciones de la biopsia prostática son casi despreciables y justificadas por la tranquilidad que brinda al enfermo y al urólogo.

La biopsia prostática tiene sus limitaciones.

En primer lugar, como toda biopsia, sobre todo las realizadas a ciegas, puede no ser representativa de la lesión, es decir, proporcionar diagnósticos falsamente negativos.

En segundo lugar, por la misma naturaleza histológica de la próstata, el material obtenido por biopsia punción, puede ser de escasa calidad, encontrándose fragmentado, comprimido o en escasa cantidad. En efecto, la próstata normal, tiene una estructura no homogénea, con zonas más firmes (estroma conectivo muscular), alternando con otras más laxas y friables (acinos glandulares), diferencias que pueden acentuarse en los procesos tumorales y que explican que no siempre la biopsia sea tan perfecta como sería de desear.

Sin embargo, en más de una ocasión, hemos podido realizar diagnósticos categóricos en fragmentos sumamente pequeños, casi microscópicos que podrían pasar desapercibidos entre otros fragmentos obtenidos en la misma forma. Por lo tanto creemos sumamente útil esforzarse en recoger todo el material obtenido, sin despreciar los fragmentos aparentemente inútiles. Esto se logra en forma satisfactoria introduciendo la aguja en el líquido fijador para recién entonces desprender la toma de la aguja.

Nuestra experiencia está basada en biopsias obtenidas por vía transrectal y proviene del Servicio de Urología del Hospital Español y de la práctica privada.

BIOPSIA PUNCION PROSTATICA TOTAL: 340

	Nº de casos	Porcentual
<i>Material insuficiente</i>	38	11,17 %
<i>Tejido normal</i>	46	13,52 %
<i>Adenomiomatosis</i>	37	10,88 %
<i>Prostatitis</i>	27	7,94 %
<i>Sospechoso</i>	1	0,29 %
<i>Carcinoma</i>	190	55,88 %
<i>Tumor secundario</i>	1	0,29 %
TOTAL	340	100 %

En algunos casos, la biopsia ha sido repetida en el mismo enfermo, bien para confirmar un diagnóstico no aclarado por la primera toma o más raramente para controlar la respuesta del tumor bajo tratamiento hormonal.

Hasta donde nosotros sabemos, en solamente un caso se produjo una complicación importante, un hematoma peri próstato-vesical, que obligó a una intervención quirúrgica.

Otros pocos casos presentaron uretrorragias poco importantes que desaparecieron espontáneamente.

Resumen

Se presentan 340 casos de biopsia punción prostática por vía transrectal, mostrando los resultados obtenidos y comentando sus indicaciones.

DISCUSION

Dr. Ghirlanda. — Quisiera hacer un comentario sobre otra limitación de la punción biopsica de la próstata. Son las punciones practicadas en individuos portadores de nódulos solitarios, en donde uno con la punción biopsia trata de corroborar la existencia de una neoplasia limitada.

Son conocidas las estadísticas que aceptan un elevado porcentaje de núcleos de células adenocarcinomas incluidas dentro de la glándula prostática sin aparente evolutividad. En un nódulo no neoplásico, la punción biopsica de la próstata positiva puede crearnos un problema serio para adoptar una conducta terapéutica que en la generalidad de los casos es la extirpación de la próstata o bien, un tratamiento endocrinológico.

Aún en punciones de próstata positivas debemos ser cautos ante la indicación. Pueden ser células que no tienen relación con el nódulo que querramos biopsar y que puede ser no neoplásico.

Dr. Fredotovich. — Quisiera saber si el comunicante tiene experiencia en la biopsia por congelación a cielo abierto y qué valor le asigna a la misma.

Dr. Fazio. — Dentro de los casos positivos para carcinomas, que entiendo son 180 ó 190, quisiera preguntar cuántos de ellos fueron hechos en nódulos circunscriptos y cuántos en carcinomas fácilmente detectables por otros medios de diagnóstico como el tacto rectal.

Dr. Scorticati. — Quisiera preguntarle al Dr. Monserrat qué elementos de juicio tiene el patólogo para diferenciar el pequeño porcentaje de falsos positivos que suele haber.

Por otra parte, qué valor tiene la biopsia por congelación y la mayor o menor incidencia de falsos diagnósticos.

Y en tercer lugar, quiero preguntarle qué valor pronóstico le da a la invasión linfática perineural.

Dr. Rebaudi. — Quiero saber si entre los enfermos en que se ha practicado punción biopsica no ha tenido metástasis en el trayecto de la punción.

Nosotros con el Dr. Márquez presentamos el caso de un tumor que hizo eclosión en el periné a causa de una biopsia de próstata.

Además, queremos saber si ha podido observar temperatura. Yo he visto en varios casos con punción transrectal la aparición de temperatura, es decir, de infección en enfermos en que se hizo la biopsia, no así cuando se siguió la vía perineal.

Dr. Márquez. — Después de mucho tiempo retomamos hacer la biopsia y por vía transrectal hemos tenido, como dice el Dr. Monserrat, algunas complicaciones.

Quisiera preguntarle si nos puede informar qué agujas fueron empleadas.

Dr. Monserrat. — La biopsia por congelación la hemos realizado solamente en una oportunidad. En general, creemos que no está indicada.

En muchas circunstancias, puede ser dificultoso el diagnóstico del carcinoma prostático. Los carcinomas diferenciados son difíciles de diagnosticar.

Hay otros elementos diagnósticos que pueden llevarnos a una exactitud preoperatoria, como es la biopsia punción por cualquiera de las vías que se puede elegir.

La biopsia intraoperatoria debe reservarse para los casos en que no exista ninguna posibilidad de llegar al diagnóstico preoperatorio. Yo no la aconsejaría.

En cuanto a los elementos con que cuenta el patólogo para llegar al diagnóstico de carcinoma prostático, no me he referido a los mismos, porque no es el tema, pero está dado por la estructura del tumor. Me refiero a aquellas proliferaciones en que las células se apelmazan, que es característico de los carcinomas prostáticos y que son de difícil diagnóstico porque no existen atipias que permitan afirmar el diagnóstico. Sin embargo, esas formaciones apelmazadas llevan a corroborarlo sin mayor dificultad en gran número de casos.

Cuando las células presentan atipias o signos evidentes de invasión, el diagnóstico se facilita.

La invasión perineural no la he visto a través de espacios linfáticos.

Con respecto al pronóstico, yo no podría decir nada categórico. En general, se piensa que existiendo invasiones perineurales son más posibles las metástasis óseas, sobre todo en columna lumbar.

No puedo responder la pregunta sobre la existencia o no de fiebre en estos pacientes.

En ningún momento he tenido implantaciones tumorales a través del trayecto de la punción-biopsia. No me he enterado de que haya podido ocurrir en el Hospital Español, aunque está descrito y existe esa posibilidad.

Ha sido escaso el porcentaje de complicaciones. Solamente un caso produjo hematoma que obligó a la intervención quirúrgica del paciente para resolver el problema. No puedo responder la pregunta acerca del tipo de aguja que fue utilizada: ello no ha estado en mis manos.