

Servicio de Urología del Hospital Italiano  
Jefe: Dr. LUIS PAGLIERE

Por los Doctores

L. E. PAGLIERE y  
T. SCHIAPPAPIETRA

## RADIUMTERAPIA EN UNA RECIDIVA CARCINOMATOSA DE LA PROSTATA. PRESENTACION DEL ENFERMO (\*)

**E**L enfermo que presentamos fué historiado por primera vez, en setiembre de 1929, bajo el N° de matrícula 170.510.

Ingresó en retención crónica incompleta con antecedentes de prostatismo desde 2 años antes.

De 68 años de edad y conservando un buen estado general, sin otras alteraciones funcionales fuera de su aparato urinario.

La próstata se mostraba aumentada de tamaño, con pérdida del surco mediano, de superficie ligeramente irregular por la existencia de algunos nodulitos de mayor consistencia. Bien delimitable y perfectamente desplazable.

Estas particularidades nos indujeron a practicarle una biopsia con trocar por vía perineal. La toma fué afortunada y la contestación del estudio histológico hecho por el Dr. S. Dessy nos informó tratarse de un adeno-carcinoma.

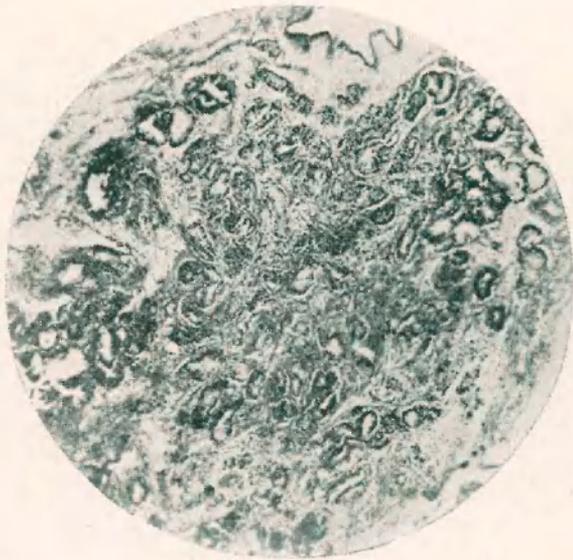
El hecho de ser bien desplazable, de no existir infiltración periprostática ni endovesical, decidió la prostatectomía transvesical. Fué operado un mes después de la fecha de su ingreso. La decorticación del tumor fué fácil y en una sola pieza bien encapsulada, dejando una cavidad completamente libre.

Pese al comportamiento quirúrgico y a su aspecto macroscópico de tipo adenomatoso, el examen histológico de control hecho con elección de los cortes del tumor extraído, confirmó el resultado de la biopsia.

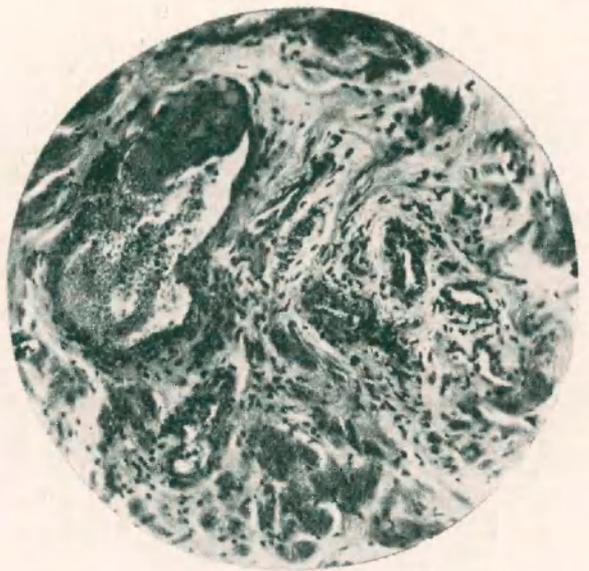
(\*) Presentado en la sesión del 26 de Junio de 1934.

*Pos-operatorio.* — Cerrada la vejiga y suprimida la sonda, la micción se hacía en forma normal y la vejiga se vaciaba por completo. Fué dado de alta a los 32 días de su operación.

Las noticias de evolución fueron satisfactorias hasta, aproximadamente, 3 años después.



N° 1  $\pm$  100 D.



N° 2  $\pm$  200 D.

Microfotografías.

Aspecto del adenoma, a pequeños y diseminados folículos glandulares. Notable desproporción entre el estroma y el tejido glandular de reciente formación. Tendencia invasora del desarrollo de la glándula, presentando caracteres no muy definidos de malignidad, de las células y de la estructura del tejido. En otras zonas, de naturaleza adenomatosa, no presenta ninguna particularidad.

La misma preparación que la N° 3, a mayor aumento, demostrando detalles del aspecto glandular y desarrollo adenomatoso, así como la infiltración perivascular del mismo.

Reingresa en mayo de 1934 con hematuria y retención incompleta.

Desde un año antes a esa fecha, vuelven los fenómenos de prostatismo que culminan con la repetición de varios episodios de retención completa. Resultaba curioso la palpación de un tumor

prostático con dos nódulos de mayor consistencia en su ángulo anterior y ausencia de infiltración periprostática. Sin embargo, el examen endoscópico hacía ver un cuello vesical ulcerado muy sangrante y con infiltración próxima del trigono.

La exploración quirúrgica a cielo abierto, hecha varios días después así lo comprobó. Previa resección de un trozo de tejido de

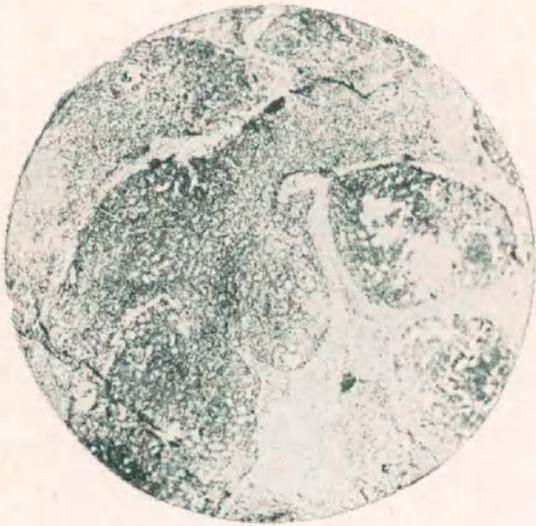


La próstata extirpada.

aspecto neoplásico, con fines de estudio histológico, aplicación de un tubo de bromuro de radium en uretra prostática con 24 horas de permanencia y 12 agujas de 1.33 de radium elemento cada una, distribuídas en la neoplasia.

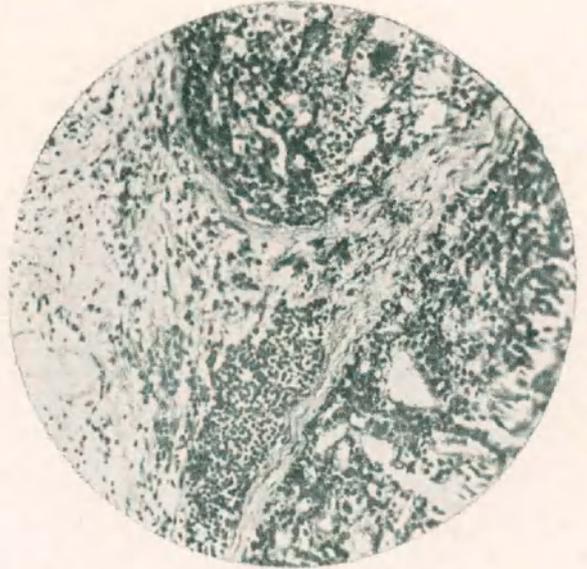
Con drenaje vesical por su fístula hipogástrica y presentando una infiltración prostática de tipo neoplásico que no era apreciable al examen palpatorio a su ingreso, fué dado de alta el 24 de julio.

Reingresa el 3 de octubre con una notable regreción de la infiltración descripta al ser dado de alta.



Nº 3  $\pm$  50 D.

Microfotografía a pequeño aumento. Muestra el gran desarrollo de las células carcinomatosas, que representan casi la totalidad de los nidos cancerosos, que empujan hacia la periferia, todavía representada por una cápsula fibrosa más o menos gruesa. Puede verse que casi la totalidad del tejido está representado por células neoplásicas, y que en algunas partes han conseguido romper la cápsula para extenderse más allá.



Nº 4  $\pm$  D.

Una zona de la misma preparación Nº 1, a mayor aumento, para demostrar el tipo celular, su tendencia invasora, la neoformación vascular muy rica, casi sin pared propia, formada por un lecho de las propias células del tumor. Aquí y allí numerosas dilataciones de conductos capilares o reservorios glandulares, vacíos o conteniendo el producto de la secreción propia de las células. El estroma apenas si se halla representado por una insignificante trama conectiva, que se espesa a medida que alcanza la cápsula fibrosa, la que se presenta con una infiltración diseminada de pequeñas células mononucleadas o en forma de verdaderos nidos leucocitarios.

Con sonda uretral en permanencia se deja cerrar la fístula vesico-hipogástrica. Suprimida la sonda, la micción se hace sin dificultad, la vejiga se mantiene cerrada y se vacía por completo.

La curación próxima de esta recidiva carcinomatosa es halagadora.

Seguiremos su evolución ulterior.