

Por los Doctores

LUIS R. MOLINA y
ARMANDO TRABUCCO

EPITELIOMA PAPILIFORME DE LA PROSTATA

F. A. Italiano. 65 años, casado. Capital Federal.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Dice no haber tenido enfermedad alguna. Niega venéreas.

Enfermedad actual. — Polaquiuria nocturna, desde hacen tres años, teniendo necesidad de orinas, tres o cuatro veces durante la noche. Esta frecuencia de las micciones no es acusada durante el día y últimamente se acompañaba de retardo en la emisión del chorro.

Hace un año, es sorprendido por una retención aguda de orina, que obliga a sondarlo, lo que se hace fácilmente, recuperando al poco tiempo la facultad de orinar.

En este último tiempo la polaquiuria nocturna ha aumentado hasta seis micciones en la noche, y durante el día el síntoma se hace claro orinando cada hora.

Continúa en este estado hasta hace un mes; y desde entonces nota que se orina espontáneamente (incontinencia).

No ha tenido nunca hematurias. Su estado general se conserva en perfectas condiciones.

En estas condiciones ingresa al hospital.

Estado actual. — Micción: orina por rebalzamiento.

Inspección de la esfera génito-urinaria. — Globo vesical que llega hasta tres traveses de dedo por encima del pubis.

Riñones. — Nada de particular.

Uréteres. — Nada de particular.

Uretra. — Libre. Pasa sin dificultad un explorador N° 20.

Vejiga. — Globo vesical que llega a tres traveses de dedo por encima del púbis. Ligeramente desviado a la derecha. Al examen instrumental no es dolorosa al contacto. Retiene 600 grs. de orinas turbias de fuerte olor amoniacal. La palpación despierta dolorimiento profundo.

Próstata. — Al tacto rectal, se palpa una próstata grande, del tamaño aproximado a una mandarina, indolora, de consistencia irregular, percibiéndose en la

parte derecha, una zona más blanda, que da sensación elástica y parece ser re-
nitente. Rodeando a esta zona, la glándula se encuentra ligeramente endurecida,
con predominancia en la parte superior del lóbulo izquierdo. Los límites no se
perciben con nitidez, sobre todo el borde superior que se confunde con las vesí-
culas seminales. Hay borramiento completo del surco medio.

Vesículas seminales. — No se alcanzan a palpar con nitidez, confundién-
dose con la tumoración prostática.

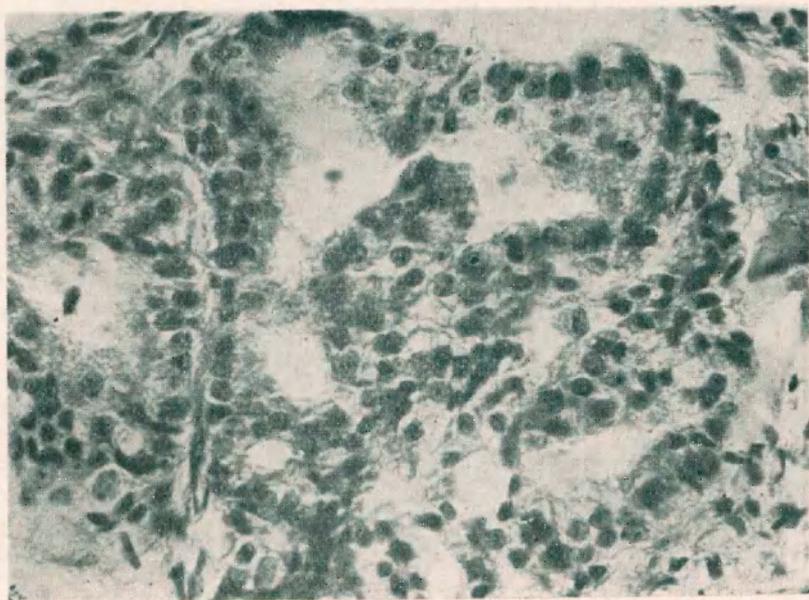


Figura N° 1

Uretro-cistoscopia. — La entrada del cisto uretroscopio se hace con cierta
dificultad, más marcada al franquear la uretra posterior.

El examen nos muestra una mucosa vesical ligeramente congestionada, con
algunas zonas más pulidas y despulidas y en partes rugosa. Hay numerosos pe-
queños copos de fibrina. La estructura vesical nos deja ver un aumento consi-
derable de la muscular, diseñando numerosos gruesas columnas, que limitan cel-
das, cuya desembocadura en algunas partes, simulan entradas diverticulares.

El ligamento inter-uretérico, se encuentra poderosamente desarrollado, for-
mando el límite superior de un gran bajo fondo.

La desembocadura de los uréteres se encuentra en condiciones normales.

El trigono, levantado, cupuliforme, congestionado.

Cuello vesical. — El labio inferior se encuentra muy levantado, uniéndose al trigono, y dejando ver en el mismo campo, al meato ureteral derecho. Borde superior, en forma de V invertida, con evidentes muestras de edema sub-mucoso y de congestión activa.

La uretra posterior se encuentra muy alargada a expensas de la parte supra montana de la misma. La mucosa se encuentra muy congestionada y sangrante, lo que impide el examen minucioso de la misma, dejándonos ver tan sólo la incursión, de los lóbulos laterales, dentro de la luz uretral.

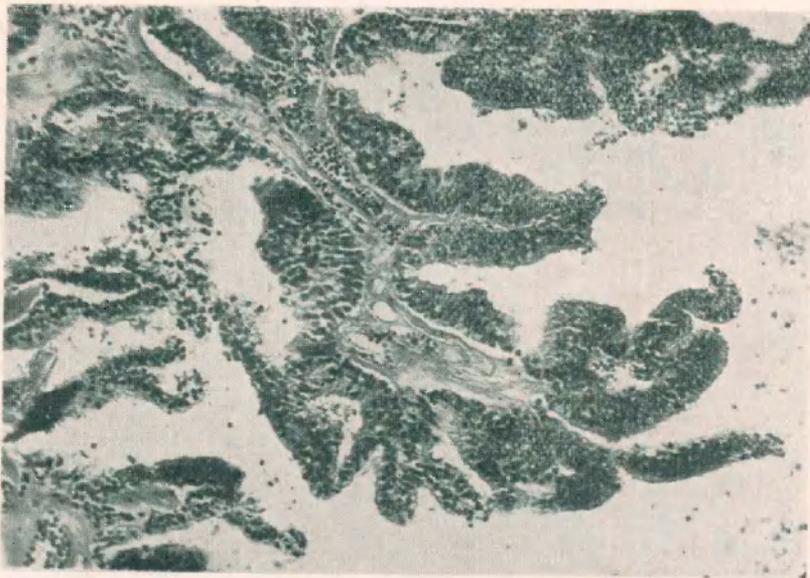


Figura N° 2.

Examen global de orinas. — Turbia, con escaso sedimento, contiene albúmina, sangre y pus.

Azotemias. — Enero 10-35, 0,62 o/oo; Febrero 15-35, 0,38 o/oo; Agosto 2-35, 0,51 o/oo.

P. S. P. — Enero 10-35, 60 o/o; Febrero 15-35, 60 o/oo; Agosto 2-35, 50 o/oo.

K. de Ambard. — P. 75.300; V. 76 c.c.; C. 6.40 grs.; Ur. 0.32 grs.

Reserva alcalina. — 59,52 o/o de CO₂. Agosto 2-35.

Cloruremia. — 4.55 grs.

Marcha de la enfermedad. — Al ingresar el enfermo al servicio se le coloca sonda permanente y se le practican lavajes vesicales de nitrato de plata. A

los dos días de su ingreso el enfermo tiene una hematuria, la que es tratada con reposo, cloruro de calcio, etc.

En la creencia de que el enfermo es poseedor de un adenoma de próstata, se le practica una talla hipogástrica, con anestesia local de novocaína, el 10 de febrero de 1935. Al explorar la próstata, por el tacto endovesical, se le nota la prominencia de la misma, hacia la cavidad, y su consistencia adenomatosa. Se coloca sonda Pezzer, y el enfermo tiene un post operatorio excelente.

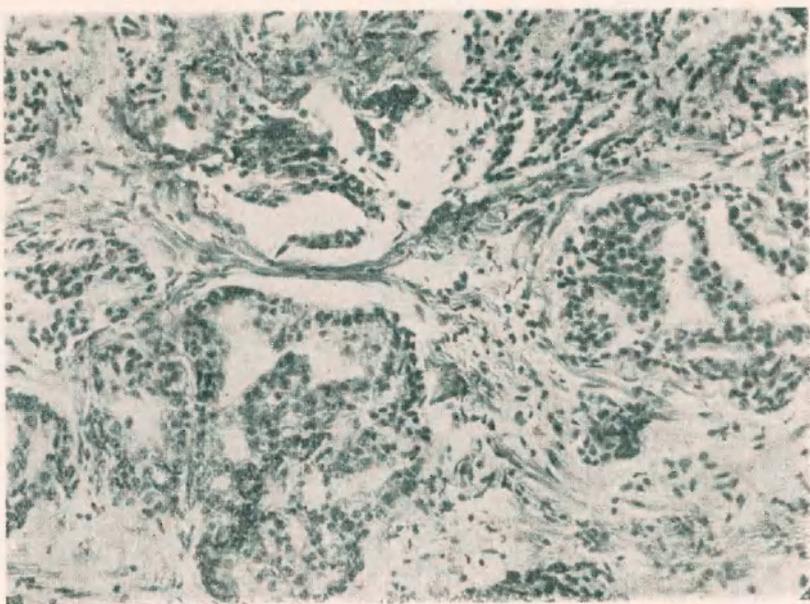


Figura N° 3.

Transcurridos dos meses, el enfermo reingresa al servicio, se le practican nuevos exámenes clínicos; notándose al tacto rectal, que la próstata es grande, lisa, elástica, globulosa. Los exámenes de laboratorio, indican el excelente estado renal del enfermo, y en virtud de ello se decide la prostatectomía, la que se practica el 6 de agosto de 1935* con anestesia genral (éter).

Al querer penetrar en la comisura anterior, para buscar el plano de clivaje, se cae en un magma blando, y al hacer excursión con el dedo, se vacía la cavidad, dando la impresión de haber penetrado en una cavidad de contenido semi-líquido. Se recogen algunos trozos para su examen anátomo-patológico y se coloca un tubo de Marion, previo taponamiento.

Post-operatorio. — Pequeña hemorragia vesical, que dura dos días. Al cuarto día se le suministra un purgante y al quinto se le retira el taponamiento.

En virtud del examen anátomo-patológico, no se retira el drenaje hipogástrico, quedando el enfermo con sonda de Pezzer, por donde se le practican lavajes vesicales diariamente.

El enfermo concurre, periódicamente al servicio, y en su último examen

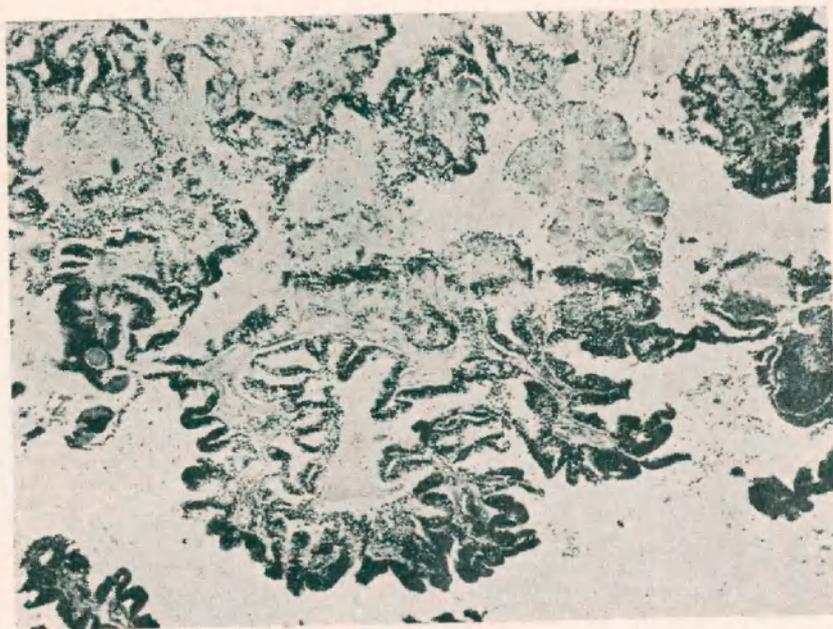


Figura N° 4.

practicado hacen pocos días, continúa en buenas condiciones físicas. (Noviembre 1936).

ESTUDIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO.

De los elementos extraídos durante la resección de este tumor, elegimos dos trozos, mirando especialmente que sus caracteres macroscópicos sean bien definidos y bien diferentes; en efecto, una de las piezas es de consistencia firme aunque irregular en algunas partes, su color es más bien blancuzco; el corte macroscópico no es uniforme pero conserva bien su estructura. La otra pieza, por el

contrario, es muy blanda, friable, de estructura papiliforme, de color rojo vivo y muy sangrante. Estas dos piezas fueron extraídas, como dijimos, del sitio donde normalmente se encuentra la próstata.

Fijados los trozos de tejido en licor picro-acético de Bouin durante tres días, han sido incluidos en parafina previo manipuleo para ponerlos en condiciones. Luego han sido coloreados con Hemalum-Eosina y nos han permitido observar lo siguiente. Se trata de tejido prostático que conserva vagamente su estructura; tan sólo los grandes caracteres del estroma y los bordes de las glándulas nos permiten comporarlo a la glándula sana. El estroma está muy espesado y es asiento de una gran reacción neoformativa existiendo numerosos linfocitos y células histiocitarias. Hay una intensa producción fibrosa que desplaza en casi su totalidad a las fibras musculares lisas de la próstata normal. Entre este estroma están situadas las glándulas prostáticas que han sufrido considerables cambios, en efecto, ya no conservan la relación estrecha entre estroma y célula glandular, ni tampoco esa regularidad y orden que caracterizan a las glándulas normales, por el contrario, estas glándulas están en franco estado de proliferación; su epitelio da la impresión de que no cabe dentro de los espacios asignados por el estroma, se encuentran arrugados, replegados sobre sí mismos, llenando en algunas partes por completo los acinis y formando una masa epitelial continua. En otras partes existen varias capas celulares en el más completo desorden; además hay acinis que han perdido la capa basal y los elementos epiteliales están en íntimo contacto con el estroma, invadiéndolo y haciendo regueros celulares sin control ni orden aparente. Los núcleos de estas células son, en su mayoría, muy picnóticos, salvo en algunas partes y en especial en aquellas células que han roto la basal, en que la afinidad cromática es menos marcada y en donde se pueden ver monstruosidades nucleares y mitosis atípicas. Predominan sin embargo las células a núcleo pequeño; estas células epiteliales tienen un protoplasma finamente granuloso, con bordes más bien nítidos y coloreados débilmente en violeta oscuro, lo que indicaría una basófila especial no característica de los elementos normales.

La otra pieza, en donde se han seguido exactamente los mis-

mos métodos de inclusión y montaje, nos permite ver, dentro de las características generales que anotamos más arriba, una cierta diferencia, en efecto, su aspecto no es igual al de la anterior, es más oscuro, más hemorrágico y su consistencia más blanda. Visto con detención podemos distinguir numerosos desprendimientos de su superficie, semejantes a los que caracterizan a los pólipos vesicales, pero de mucho menor tamaño.

El estudio microscópico nos revela, ya a pequeño aumento, una franca disposición papilífera; hay brotes epiteliales diseminados por todos lados y unidos a la masa común por un pequeño pedículo; estas formaciones papiliformes están compuestas por un pedículo vascular bastante delgado que soporta generalmente una arteriola y una venilla: delgado y único al principio, se expande en múltiples ramificaciones conjuntivas generalmente más delgadas. El pedículo y sus ramificaciones están tapizados por células epiteliales apretujadas y dispuestas, por lo general, en varias capas. Estas células epiteliales tienen las mismas características de las que se encuentran en plena masa tumoral: sus núcleos son pequeños, sumamente picnóticos, toman tanto la hematoxilina, que en muchos de ellos se hace difícil ver su estructura; el protoplasma de estas células tiene también una basófila manifiesta aunque discreta, es finamente granuloso y sitúa el núcleo en su base, sobre todo en la fila de células más exteriores. Hay una membrana limitante entre el epitelio y el tejido conjuntivo subyacente.

Después de haber recorrido pacientemente toda la literatura a nuestro alcance, desde el año 1898, podemos decir, casi con certeza, que hay 2 únicos casos hasta ahora publicados, que se asemejan al nuestro. Uno es el que Barringes leyó en la sección de Cirugía Génito-Urológica en la Academia de Medicina de Nueva York en el año 1932, 18 de mayo.

Este caso de Barringes se presentó en un enfermo de 59 años; su comienzo, es decir, el primer síntoma que llamó la atención fué una hematuria hacía dos años, que recrudesció en el mes de ser examinado. No había ni polaquiuria, ni disuria, ni pérdida de peso. Tenía 60 c. c. de orina residual y a la cirtoscopia dejaba ver en

uretra posterior algunas formaciones papiliformes. Al tacto, la próstata era grande como una naranja y de consistencia quística.

A la intervención confirman el diagnóstico hecho por la punción perineal y biopsia subsiguiente, encontrándose un adeno-carcinoma pseudo-quístico, con numerosísimos brotes papiliformes ya sea libres o bien en una porción de tejido cuyo contenido quístico encerraba masas papilíferas desordenadamente colocadas. El paciente murió a los 10 días, de uremia.

El otro es el caso de Fluvergey y Blume; aunque se titula 'Epitelioma quístico de la próstata' en realidad se trata posiblemente de un tumor papilífero considerado en su masa sustancial. Este caso trataba de un enfermo que se presentó al examen médico por disuria, al parecer de origen vesical. Tenía, además, pequeñas hematurias iniciales y orinas muy purulentas. Al tacto rectal, ese enfermo presentaba una gran prociencia de la zona prostática, tocándose dos tumoraciones en el lugar que correspondería a los lóbulos laterales. Esas tumoraciones eran renitentes.

Se opera por periné y da salida a líquido y restos de tejido que se diagnosticaron como tumor papiliforme vegetante. Más tarde es intervenido por vejiga, a causa del crecimiento mayor de la tumoración y se permite individualizar un tejido duro, infiltrado y diseminado de núcleos epiteliomatosos. El enfermo muere en caquexia y en la autopsia se encuentra un tumor quístico por periné.

La histología de este caso confirmó que se trataba de un epiteloma papiliforme de próstata.

Estos casos tienen, aparentemente, cierta diferencia con el que nosotros relatamos, y esta diferencia consiste en la presencia de algunos quistes que se hallaron en el parénquima glandular y que alcanzaban una dimensión semejante al tamaño de una mandarina; pero en realidad, esta diferencia es más aparente que real, porque las estructuras quísticas podrían ser formadas por zonas de necrosis en el tejido tumoral que posteriormente son absorbidas haciendo cavidades pseudoquísticas o bien por las cavidades de las glándulas adenocarcinomasas que, al confluir, podrían hacer una gran cavidad cuyas paredes estarían tapizadas por las formaciones papiliformes. Esto explicaría el diagnóstico de "epitelioma papilífero".