

Hospital Rawson. Servicio de Urología,
Jefe: Prof. Dr. BERNARDINO MARAINI

Por el Doctor
ARMANDO TRABUCCO

RESULTADOS CLINICOS DE LAS INYECCIONES DE TESTOSTERONA EN EL ADENOMA DE PROSTATA

MOLESTARÉ la atención de los distinguidos colegas para exponerles algunas observaciones clínicas cosechadas durante el tiempo en que he sometido a 6 enfermos de Adenoma Prostático a un tratamiento regular con el Propionato de Testosterona (Perandren Ciba).

Estos 6 enfermos pertenecen a la clínica privada, por razones obvias, nos ha sido imposible someter a enfermos de Hospital; el enfermo privado ha podido costear sus inyecciones y como además; en general, posee más cultura, sus observaciones tienen importancia documental indiscutible.

S. C., de 58 años, casado.

En el mes de mayo de 1937 veo por primera vez a este enfermo recogiendo los siguientes datos clínicos:

Antecedentes individuales. — Sin importancia.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Desde hace varios meses viene notando una acentuada dificultad a la micción; la iniciación de dicho acto se hace de manera retardada y la proyección del chorro está muy disminuida. Hace una semana ha tenido una retención aguda de orina que obligó a practicar el cateterismo de su vejiga para poder evacuarla, quedando desde entonces con una marcada disuria.

Estado actual. — Enfermo en muy buenas condiciones físicas aparentes, aunque algo emotivo y con reacciones viscerales muy acentuadas.

Sistema nervioso, aparato digestivo, hígado, pulmones y aparato circulatorio sin nada digno de mención.

Aparato Uro-Genital:

Riñones, no se palpan, ni son dolorosos.

Vejiga: orinas ligeramente turbias que no se aclaran con el ácido acético.

No se palpa ni se percute globo vesical.

Retención de orina: 50 c. c.

Uretra, nada de particular, libre al explorador N. 25 Charriere.

Próstata: el tacto rectal revela una próstata del tamaño de una mandarina, sin surco medio, elástica en su consistencia, sin adherencias y perfectamente limitada.

Cistoscopia: el Uretroscopio nos permite ver una vejiga columnada con ligera opacidad de su epitelio; cuello vesical y uretra posterior: se puede ver la presencia de 2 grandes masas adenomatosas en las partes laterales de la uretra supramontanal de unos 4 ctms. de longitud y con procidencia marcada dentro de la luz uretral.

Marcha de la enfermedad. — En vista de la poca retención se recomienda la ligadura de los conductos deferentes, como intervención previa, cosa que acepta y practicamos. Después de la intervención hay una mejoría discreta en los síntomas urinarios, que dura aproximadamente 3 meses, después de los cuales vuelve la disuria que se torna bastante molesta; nos hace notar el enfermo que la polaquiuria es también más acentuada teniendo necesidad de evacuar su vejiga cada 2 horas durante el día y 3 ó 4 veces durante la noche. Le proponemos la prostatectomía, pero no se decide, motivo por el cual lo sometemos al tratamiento con el Perandren a razón de 10 mgrs. semanales. Desde los primeros 5 mgrs. nota el enfermo mejora en su estado general, mejoría que se acentúa con las siguientes inyecciones, acusando también un notable alivio de sus síntomas urinarios, disminuyendo la polaquiuria y reduciendo su nicturia a una vez por noche.

Este enfermo pasa 3 meses haciéndose 10 mgrs. por semana. al cabo de los cuales volvemos a practicarle un examen completo y notamos que si bien el estado general y los síntomas urinarios subjetivos han desaparecido, no hay, por otra parte, ninguna mejoría respecto a su estado local; el adenoma está de tamaño, igual al primer día de examinado, tanto en su grandor como en su examen endoscópico. Se suprime por un mes el tratamiento y vuelven a presentarse todos los síntomas urinarios que aquejaba antes de iniciar las inyecciones, motivo por el cual se le vuelven a indicar 10 mgrs. por semana. Esta vez la mejoría no ha sido tan sorprendente y no sólo eso, sino que en el mes de febrero el enfermo sufre una retención aguda de orina que obliga al cateterismo vesical, con evacuación del contenido urinario y la colocación de una sonda permanente por imposibilidad de efectuar libremente la micción. El enfermo se decide por la intervención, la que practicamos en un solo tiempo.

T. M. de 52 años.

El primer examen de orden urológico de este enfermo lo hemos hecho en el año 1932; presentaba en ese entonces una discreta polaquiuria diurna (cada 3 horas debiéndose levantar de noche 1 ó 2 veces para evacuar su vejiga. El estado general era muy bueno y como único anormal en sus órganos y sistemas, fuera del aparato urinario, encontramos una tensión de 19 Mx. por 9 de Mn.

Desde el punto de vista urológico pudimos observar una próstata del tamaño de una mandarina, investigada por el tacto rectal, que no estaba adherida, era blanda, elástica, regular y sin surco medio. La vejiga daba una retención de 50 c. c. Cistoscópicamente había un alargamiento de la uretra retromontanal con inclusión manifiesta de los lóbulos laterales en la luz uretral y un pequeño lóbulo medio que hacía saliencia hacia la vejiga.

Como tratamiento le aconsejamos régimen higiénico, ejercicios moderados y algunos baños de asiento.

El enfermo sigue más o menos regular y vuelve a consultarnos en 1935 por una hematuria inicial que le ha aparecido súbitamente; por trastornos subjetivos, disuria acentuada, polaquiuria diurna y nocturna cada hora.

Practicado el examen urológico podemos constatar, orinas turbias, 50 c. c. de retención. Cistoscópicamente hay una mucosa despulida y enrojecida. En uretra posterior encontramos un pólipo situado en el verumontanum, el cual electrocoagulamos de inmediato. Con algunas instilaciones vesicales, mejora su cistitis y aclara su orina. El enfermo nos deja cuando le proponemos la ligadura de los conductos deferentes como paliativo de su polaquiuria.

En el año 1937, vuelve a tener otro episodio igual al anterior y se decide el enfermo a dejarse practicar la ligadura de los conductos deferentes; con esto se consigue mejorar la polaquiuria nocturna reduciéndola a 1 ó 2 veces por noche. Esta mejoría dura hasta mediados del año pasado, en que vuelven a acentuarse los síntomas urinarios con disuria marcada y polaquiuria nocturna, pero sin aumentar su retención; la próstata tiene en este momento el tamaño de una naranja pequeña, un poco más grande que anteriormente, cuando lo examinamos por primera vez en el año 1932.

En vista de que no se ha producido una mejoría persistente con la ligadura de los deferentes le proponemos una prostatectomía como único medio de curación.

El enfermo no acepta, tratándose con métodos paliativos que, por supuesto, no dan ningún resultado.

En el mes de octubre de 1937, habiendo tenido conocimiento de que había llegado el Perandren, le hacemos un tratamiento a base de este producto inyectándole 5 mgrs. 2 veces por semana; la primera inyección no trajo ningún resultado, pero a medida que se iba aplicando las siguientes el enfermo notaba una mejoría general con gran excitación y reactivación sexual, disminución de la polaquiuria y del esfuerzo inicial, con una notable desaparición de los síntomas subjetivos.

En cuanto a los trastornos objetivos no hemos encontrado ningún cambio, el adenoma sigue siempre del mismo tamaño, hay disminución de proyección del chorro urinario como antes, persiste la retención de 50 c. c. aproximadamente.

En el mes de enero de 1938, hicimos el ensayo de abandonar el tratamiento para ver si persistía esa mejoría subjetiva, pero a los 15 días volvió a sentir los mismos síntomas, por lo que él mismo resolvió seguir con una inyección de 5 mgrs. por semana.

Ultimamente, en comienzos de marzo de 1938, hemos vuelto a ver al enfermo, constatando nuevamente la no variación del estado actual; persiste el adenoma en el mismo tamaño, lo mismo que la no variación de la retención; por otra parte, el enfermo se encuentra bien, aunque orinando 4 veces por noche, a pesar de hacerse 2 inyecciones de 5 mgrs. por semana.

Historia perteneciente a O., de 58 años, casado.

Visto por primera vez en septiembre de 1937.

Este enfermo es particularmente interesante por los beneficios que ha obtenido con el Propionato de Testosterona.

Sin antecedentes hereditarios dignos de mención.

Como antecedentes personales acusa el enfermo blenorragia en la juventud, que ha curado bien y que no ha dejado secuelas.

Estado actual. — El enfermo me consulta por una impotencia coeunda que se viene instalando paulatinamente y que es absoluta desde hace un año; al mismo tiempo nota una marcada debilitación de la memoria, así como fatiga al leer y a la ideación sin llegar, por supuesto, a perturbar su vida de trabajo como hombre activo.

Nota, además, un marcado cansancio en sus miembros inferiores después de una marcha discreta y al finalizar el día.

Estado actual. — Organos y sistemas fuera del aparato urinario, nada de particular. Eczema intertrigo del pliegue génito-crural y epidermoficie de los dedos del pie. Presión Mx. 17, Mn. 8.

Aparato génito-urinario.

Chorro urinario amplio, pero sin fuerza, el enfermo no llega a orinarse en los botines, pero así y todo está disminuido en proyección. Hay una marcada polaquiuria diurna debiendo el enfermo orinar cada 2 horas. Nicturia una vez en la noche. Uretra, libre al explorador N. 25. La porción posterior se encuentra alargada.

Vejiga, nada de particular. Hay 20 c. c. de retención de orinas límpidas.

Próstata del tamaño de una nuez sin surco medio, sin adherencias, de consistencia elástica, de forma regularmente redondada, no dolorosa.

Vesículas seminales: se palpan rellenas de líquido seminal cuyo examen revela espermatozoides con muy buena vitalidad.

Endoscópicamente el uretroscopio de Mc. Carthy revela un adenoma a lóbulos laterales que hacen franca saliencia en uretra posterior y un pequeño lóbulo mediano.

Marcha de la enfermedad. — Proponemos al enfermo la ligadura de los conductos deferentes como operación previa a una prostatectomía en un tiempo, cosa que el enfermo no acepta, prefiriendo el tratamiento paliativo; aprovechamos la ocasión para ensayar el Perandren y le hacemos hacer 2 inyecciones de 5 mgrs. por semana; al mes nos viene a ver el enfermo diciéndonos que se encuentra muy mejorado habiendo desaparecido todos los trastornos urinarios y,

además, que ha vuelto a tener erecciones y poluciones nocturnas durante sueños eróticos.

Practicamos un nuevo examen y constatamos la persistencia de los signos objetivos del adenoma que no han disminuído ni aumentado.

Recomendamos al enfermo que se observe cuidadosamente variando la dosis de Perandren, ya sea aumentando o disminuyendo hasta encontrar la dosis justa. Vemos al enfermo nuevamente en abril del corriente año y nos manifiesta que después de algunos tanteos encontró como dosis exacta una inyección de 5 mgrs. cada 8 días. Mas le traían demasiada excitación genital, produciéndole erecciones dolorosas muy molestas; por lo demás, nos relata el enfermo que ha recuperado su memoria, la facilidad de su ideación, no fatigándose después de una moderada marcha; me hace notar, además, que el eczema intertrigo que trataba el distinguido colega Dr. Gaviña Alvarado, ha desaparecido por completo, no tratándolo desde hace 25 días.

Practicamos el examen urológico, encontrando mayor proyección del chorro urinario, 10 c. c. de retención; pero el tamaño de su adenoma no ha variado en absoluto.

F. R. B., de 51 años, casado. Visto por primera vez el 3 de diciembre de 1937.

Antecedentes personales. — Blenorragia hace 30 años.

Enfermedad actual. — Después de un esfuerzo al coito el enfermo tiene hace una semana una retención aguda de orina, que obligó al cateterismo de su vejiga.

Desde entonces siente incomodidades a la micción traducidas por disuria marcada y retardo en la emisión del chorro urinario.

Anteriormente, relata el enfermo, que orina 2 ó 3 veces por noche y que había notado una disminución en la proyección del chorro urinario, datando ésta desde unos años atrás.

Estado actual. — Organos y sistemas normales.

Riñones, no se palpan.

Uretra, libre.

Vejiga, no se palpa; el cateterismo da una retención de 30 grs. de orina ligeramente turbia.

Próstata: al tacto rectal se percibe una próstata del tamaño de una nuez, con un surco medio muy poco marcado, bien limitada, sin adherencias, de consistencia elástica y no dolorosa.

La cistoscopia nos revela una congestión del trigono vesical y un cuello vesical levantado; en uretra posterior se ven las masas laterales adenomatosas haciendo prociencia en la luz uretral.

Marcha de la enfermedad. — Habiendo tenido una sola retención aguda y ocasionada tal vez, por un esfuerzo de coito, sometimos al enfermo a régimen higiénico y le sugerimos la idea de que sería conveniente hacer 2 inyecciones de

5 mgrs. de Propionato de Testosterona, a fin de prevenir probables retenciones agudas; el enfermo acepta, viéndonos a los 15 días y pidiendo a ver si es posible disminuir un poco la dosis, porque le provoca erecciones dolorosas; no viendo en ello inconveniente accedemos, haciéndole hacer una inyección por semana. Periódicamente vemos a este enfermo y hasta ahora no ha tenido otra retención aguda, a pesar de haber hecho (según dice el enfermo), coitos repetidos.

J. C., de 52 años, viudo. Visto por primera vez el 3 de septiembre de 1937.

Antecedentes personales. — Blenorragia en la juventud. Hace 10 años expulsó un cálculo pequeño después de un violento cólico renal izquierdo. Desconoce la naturaleza del cálculo.

Enfermedad actual. — El enfermo me consulta por una discreta hematuria terminal que se presenta desde hace una semana. En el interrogatorio se puede descubrir como síntomas subjetivos, que, desde hace aproximadamente 4 años, viene experimentando una disuria progresiva, debiendo esperar, además, un determinado tiempo antes de iniciar su micción. Últimamente se instaló una poliuria diurna, teniendo la necesidad de evacuar su vejiga cada 2 horas. De noche el enfermo tiene necesidad de levantarse de 7 a 8 veces para orinar.

Estado actual. — En el examen somático podemos constatar que el enfermo debe hacer un cierto esfuerzo inicial antes de emitir el chorro urinario; éste, por otra parte, no tiene la proyección normal, pero tampoco cae perpendicularmente.

En el momento en que lo vimos orinar no hubo hematuria.

Al examen del aparato urinario podemos constatar:

Riñones, no se palpan ni son dolorosos.

Uréteres, no son dolorosos.

Uretra libre al explorador N° 22, notando un alargamiento de su parte posterior.

Vejiga, no se palpa ni se percute.

El cateterismo nos permite ver una retención de 60 grs. de orina límpida.

Capacidad vesical, 250 grs. sin dolor.

Próstata: el tacto rectal nos revela una próstata del tamaño de una nuez grande, sin surco medio, con bordes laterales bien limitados, sin adherencias, de consistencia elástica, no dolorosa.

Vesículas seminales. Se palpan ligeramente agrandadas y de consistencia blanda. El masaje de ellas da líquido espermático con algunos glóbulos de pus.

Cistoscopia. La uretoscopia nos revela una vejiga con ligeras columnas. Ureteres, nada de particular. El cuello vesical está levantado en su labio inferior, formando un muy discreto lóbulo medio. La uretra posterior está alargada a expensas de su parte supramontanal en donde se puede ver la inclusión de masas adenomatosas laterales.

Radiografías negativas.

Marcha de la enfermedad. — Se somete al enfermo a tres inyecciones de 5 mgrs. de Perandres por semana, y se lo cita para que nos vea a los 30 días.

Vemos nuevamente al enfermo a los 20 días, que nos comunica que su micción ha recuperado un tanto su facilidad y el esfuerzo premiccional ha disminuído considerablemente.

Examinado nuevamente el enfermo pudimos constatar que el adenoma no había variado de tamaño ni alterado sus caracteres. La retención era de 50 grs.

Nos comunica el enfermo que experimenta un aumento de deseo sexual, cosa que había declinado notablemente. Insistimos con el tratamiento haciéndole hacer la misma dosis y vemos nuevamente al enfermo a fines de enero de 1938.

Los síntomas que relató sobre su mejoría subjetiva se han conservado. El examen urológico muestra una próstata en las mismas condiciones en que la hallamos en el primer examen. La retención se ha mantenido en 50 grs.

En vista de la mejoría persistente de los síntomas subjetivos suspendimos el tratamiento.

En el mes de marzo vuelve a vernos relatándonos nuevamente que ha vuelto a tener dificultades a la micción y su nicturia, que se había reducido a 2 veces por noche; durante el tratamiento ha vuelto a elevarse a 7 veces, teniendo asimismo algunas hematurias.

Proponemos al enfermo la prostatectomía, que no acepta, prefiriendo seguir con las inyecciones de Propionato de Testosterona. Le recomendamos que, en lugar de hacer 15 mgrs. por semana, se practique 2 inyecciones de 5 mgrs. cada una. Vimos nuevamente al enfermo a fines de abril del corriente año. El examen somático nos revela una próstata de igual tamaño, constatando, además, una retención de 50 grs. Buen estado general, micción fácil, disminución de su polaquiuria y aumento de sus deseos sexuales.

J. T., de 66 años, casado.

Visto por primera vez el 2 de noviembre de 1937.

Antecedentes personales y hereditarios. — Sin importancia, salvo una bleonorragia a los 15 años.

Enfermedad actual. — Se queja el enfermo de polaquiuria diurna y nocturna, teniendo necesidad de orinar cada hora. Esta sintomatología la viene experimentando desde hace 15 días.

Anteriormente, nos relata el enfermo, que tenía necesidad de orinar de 2 a 3 veces por noche.

Estado actual. — El enfermo en muy buenas condiciones físicas.

Riñones, no se palpan.

Uretra, libre.

Vejiga, no se palpa. Retención de 40 grs. Orinas turbias.

Próstata agrandada, sin surco medio, con lóbulos laterales bien marcados, de bordes libres, de consistencia elástica, sin adherencias, no dolorosa.

Endoscópicamente podemos observar un adenoma de próstata cuyos lóbulos laterales hacen franca procidencia en la luz uretral, existiendo, además, un lóbulo

medio que levanta el labio inferior del cuello de la vejiga. Mucosa vesical rojiza y despulida.

Marcha de la enfermedad. — Se practican al enfermo 6 instilaciones de Nitrato de Plata en la vejiga, dándosele, al mismo tiempo, antisépticos urinarios (Piridium).

Mejora su polaquiuria, aclarando su orina, pero el enfermo insiste en que debe hacer esfuerzos iniciales para orinar. Lo sometemos al tratamiento de 0,010 mgrs. de Perandren por semana y a la tercera inyección el enfermo comienza a experimentar una mayor facilidad para la micción. Hecho el examen somático constatamos una ligera disminución de su retención urinaria.

Como el enfermo es del campo, le insinuamos que siga el tratamiento a base de 2 inyecciones de 5 mgrs. por semana, instándole a que vuelva a vernos a los dos meses.

Vimos al enfermo a fines de marzo del corriente año y nos relató que, por no encontrar el producto, tuvo que abandonar durante 20 días el tratamiento, comenzando a sentir en ese lapso de tiempo las mismas dificultades a la micción que experimentó anteriormente. El examen físico hecho en este momento nos reveló que, tanto la próstata como la retención, no habían sufrido variaciones.

Sin querer sentar conclusiones categóricas e incontrovertibles nos atrevemos a hacer una síntesis de las principales observaciones que la clínica nos ha deparado en estos pocos casos que hemos presentado.

1º El propionato de Testosterona ha mejorado los síntomas subjetivos de la obstrucción urológica por adenoma.

2º El método lo he usado en casos con poca retención, de manera que no puede ser concluyente ni general. Decir que debe haber mejoría en todos los adenomas de prostata es una cosa que no puedo probar con tan pocas historias clínicas.

3º Hay una excitación sexual que puede llegar a erecciones molestas dolorosas.

4º Mejora mucho los síntomas generales supeditados a la senilidad.

5º En los 6 casos tratados no modifica para nada el tumor adenomatoso ni su imagen endoscópica.

6º Creo que difícilmente se puede mantener la mejoría con los tratamientos pasajeros.

Considerando a esta comunicación como exposición preliminar no entraré en datos bibliográficos ni técnicos; eso pensamos hacerlo más adelante en un trabajo de conjunto con muchos casos clínicos, factible de poner en práctica si podemos conseguir el Proponato de Testosterona en alguna casa de comercio que lo introduzca y que nos lo proporcione sin reserva.

Discusión. — Dr. Astraldi:

206 enfermos en 14 meses: 57 adenomas 27,67 %.

1° — Modifica la polaquiuria y disuria. No modifica la retención: 20 y 20 c. c.

2° — Modifica polaquiuria-disuria y retención: 50 c.c. a 10 c.c.

3° — Retención aguda: no da resultado.

4° — Sólo modifica la disuria. No modifica ni la poliquiuria ni la retención.

5° — No da resultado. Distendido.

6° — Modifica la poliquiuria-disuria y retención. Retención aguda a nada.

7° — No modifica.

8° — Modifica poliquiuria-disuria y retención.

RESULTADOS FINALES

Modifica polaquiuria y disuria en 1.

Modifica polaquiuria-disuria y retención en 3.

Modifica disuria en 1.

No modifica el estado anterior 3.