

Servicio de enferm. génito-urinarias del Hospital  
Centenario de Rosario. Jefe: Dr. M. A. LLANOS

Por el Doctor  
MIGUEL A. LLANOS

## CANCER DEL APARATO GENITO - URINARIO

**D**ESDE el 1° de enero de 1925 hasta el 31 de octubre de 1939 ha ingresado a mi servicio del Hospital Centenario 2.684 enfermos portadores de afecciones génito-urinarias, de los cuales en 146 casos se trataba de cáncer, con las localizaciones que se dan a continuación.

Cáncer del pene: 17 casos; cinco en estado muy avanzado que imposibilitaba todo tratamiento quirúrgico, falleciendo después de un tiempo relativamente corto. Once fueron intervenidos, habiéndoseles practicado, según los casos, la amputación parcial o total del pene, con extirpación bilateral de los ganglios inguinales: se obtuvieron 9 curaciones y 2 muertes. En un caso en que la lesión se encontraba bien localizada en una parte del glande —pero que la biopsia demostró que se trataba de un tumor maligno— se hizo electrocoagulación; después de un año hubo una pequeña recidiva que fué destruída otra vez con electrocoagulación y, hasta la fecha —lleva ya tres años—, se encuentra curado.

Cáncer del testículo: 2 casos, tratados quirúrgicamente y curados.

Cáncer de la uretra perineal: 2 casos, con invasión de los planos superficiales y mal estado general; se hizo cistostomía definitiva y después de varios meses fallecieron por consunción.

Cáncer de la próstata: 44 casos, apreciables clínicamente. En dos casos se hizo la extirpación por vía vesical, con resultado malo; recidivaron y evolucionaron rápidamente. En algunos de los demás casos se hizo cistostomía definitiva, con resultado mediocre en cuan-

to a los dolores. A otros que no quisieron operarse o que estaban en muy malas condiciones se les hizo tratamiento paliativo.

En los casos en que se formuló clínicamente el diagnóstico de adenoma prostático, pero el examen de las piezas reveló que se trataba de adeno-carcinoma, el resultado operatorio fué bueno: se hizo la extirpación por vía vesical; algunos recidivaron francamente en forma de cáncer después de varios años.

Cáncer de la vejiga: 60 casos. Los casos localizados en la zona quirúrgica y que no habían invadido los tejidos perivesicales y en los que, por lo tanto se pudo hacer una cistectomía parcial amplia, el resultado fué bueno. Los casos con tumor localizado en la zona ureteral y periuterar y en los que el tacto, estando la vejiga abierta, demostró que dicho tumor estaba limitado, hemos practicado la cistostomía definitiva. En los tumores localizados en el trigono, y del cuello, con extirpación renoureteral, siendo el resultado bastante bueno. Si las condiciones del tumor hicieron las perspectivas quirúrgicas poco favorables, practicamos la electrocoagulación con resultado mediocre y, en casos muy avanzados, llevamos a cabo la cistostomía definitiva. En los tumores localizados en el trigono, pequeño, practicamos la electrocoagulación por las vías naturales; cuando fueron más grandes, hicimos la electrocoagulación por talla vesical; en casos muy avanzados, talla definitiva y rayos ultrapenetrantes; en algunos casos, los dolores y las hemorragias disminuyeron pero la terminación fué siempre fatal.

En un solo caso hemos practicado una cistectomía total con uréterostomía cutánea: la enferma permanece curada desde hace un año y medio.

Cáncer del riñón: 16 casos. La nefrectomía amplia —que ha sido efectuada aún en los casos avanzados con prolongaciones del tumor en pelvis y vena renal— nos ha dado buenos resultados, habiendo tenido oportunidad de ver los enfermos después de varios años, en buenas condiciones, la excepción de un paciente que volvimos a ver con metástasis pulmonares.

De este resumen se deduce que el cáncer del aparato génito urinario es una afección frecuente y muy grave, especialmente cuando se trata de cáncer de la vejiga y de la próstata, aunque todavía en el primer caso se puede actuar quirúrgicamente con posibilidades de

buenos resultados cuando su localización lo permite; en el cáncer de la próstata los resultados son desastrosos, salvo en los raros casos en que se trata de un adenocarcinoma y que el diagnóstico se establece solamente por el examen anátomo-patológico de la pieza operatoria, en éstos la extirpación se hace como en los adenomas simples y los resultados son buenos.

En casos desesperados pensamos modificar en parte nuestra manera de actuar. Así, en los casos de cáncer de próstata, quizás sea preferible al principio dejar tranquilos a los enfermos, con algunos consejos higiénico-dietéticos, sondándolos si hay retención; cuando los sufrimientos se acentúan, se hará una uréterostomía cutánea en vez de la talla definitiva. La misma conducta nos parece preferible en casos de cáncer de la vejiga que por su localización y el grado avanzado de evolución contraíndican toda intervención.

En los casos de cistectomía total —si se trata de sujetos jóvenes y las condiciones son buenas— se podría tener la esperanza de una cura definitiva, haciendo preferible la anastomosis ureteral con el intestino.