

Por los Doctores

LUIS E. PAGLIERE

y T. SCHIAPPAPIETRA

FRECUENCIA DE LAS METASTASIS OSEAS EN LAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA PROSTATA

ORIENTADOS hacia la terapéutica activa del cáncer de la próstata, ello nos obliga a terminar el estudio semio-radiológico de estos enfermos y su práctica nos ha proporcionado observaciones de gran interés clínico.

Hemos tenido la oportunidad de documentar el hallazgo de cánceres prostáticos con ausencia de síntomas urinarios, el motivo del examen ha correspondido a sintomatología o lesión coexistente sin relación al hallazgo insospechado. Otras veces fueron las imágenes radiográficas que nos hicieron presumir las metástasis óseas y la búsqueda correspondiente de la lesión primitiva.

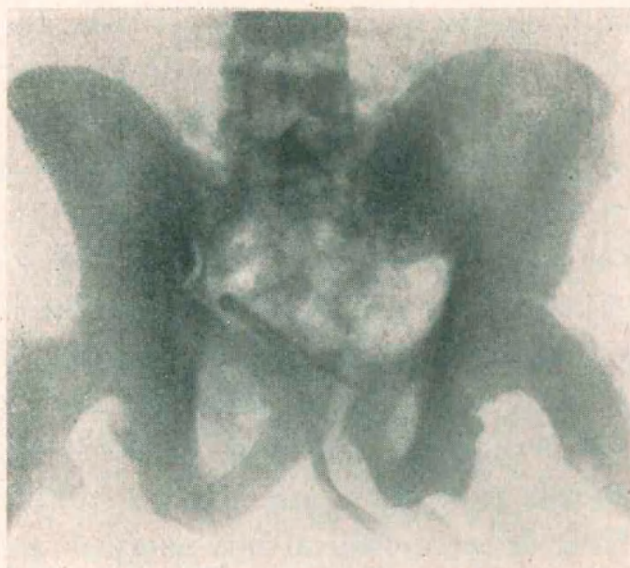
Confirmamos la lesión prostática primitiva en enfermos ingresados por dolores osteógenos difusos, radiculalgias por metástasis en la columna, otros por sus manifestaciones anémicas con marcado desmejoramiento del estado general. Tales hechos hablan de una larga evolución con ausencia de síntomas urinarios de un gran número de neoplasias malignas de la próstata. Perdida la oportunidad del diagnóstico temprano con limitación de la lesión reducida a los límites de la glándula prostática, ausencia de complicaciones; única oportunidad factible de ser modificable a nuestros medios. En cambio, sucede en nuestro ambiente hospitalario que, el ingreso responde a complicaciones de orden local o metastásico, ya cuando el tratamiento del cáncer de la próstata ha perdido el interés para la terapéutica radical y se limita a actuar sobre algunas de sus complicaciones.

Hechas estas breves consideraciones y teniendo presente la frecuencia de metástasis óseas de los enfermos ingresados al servicio

hospitalario durante el ejercicio de los tres últimos años, que sobre 18 enfermos portadores de cáncer prostático, en condiciones aparen-



Radiografía 1

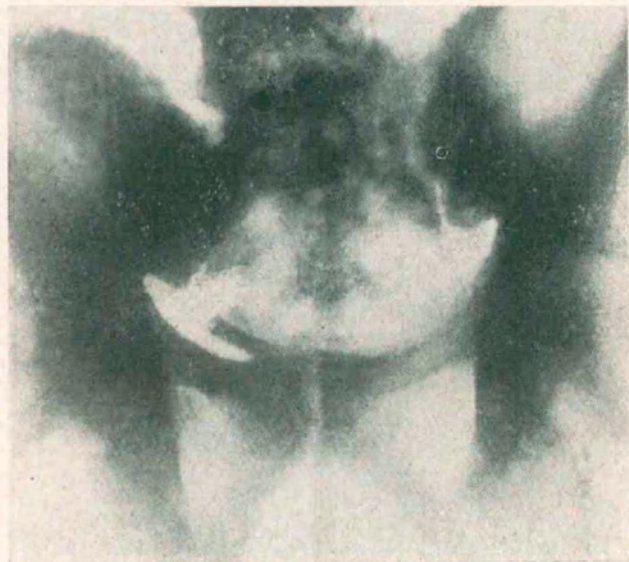


Radiografía 2

tes de terapéutica activa, fueron documentados seis con metástasis óseas, 33,33 por ciento. Los demás corresponden a estados avanzados con grandes infiltraciones periprostáticas.

Correspondería dominar a estas casuísticas, cuya documentación radiográfica pasaremos a exponer, como "forma metastásica ósea generalizada del cáncer de la próstata".

Interpretamos la carcinomatosis próstato-pelviana descrita por Guyon, como la primera y más frecuente etapa de lo que hemos presenciado transformarse progresivamente en carcinomatosis metastásica generalizada.

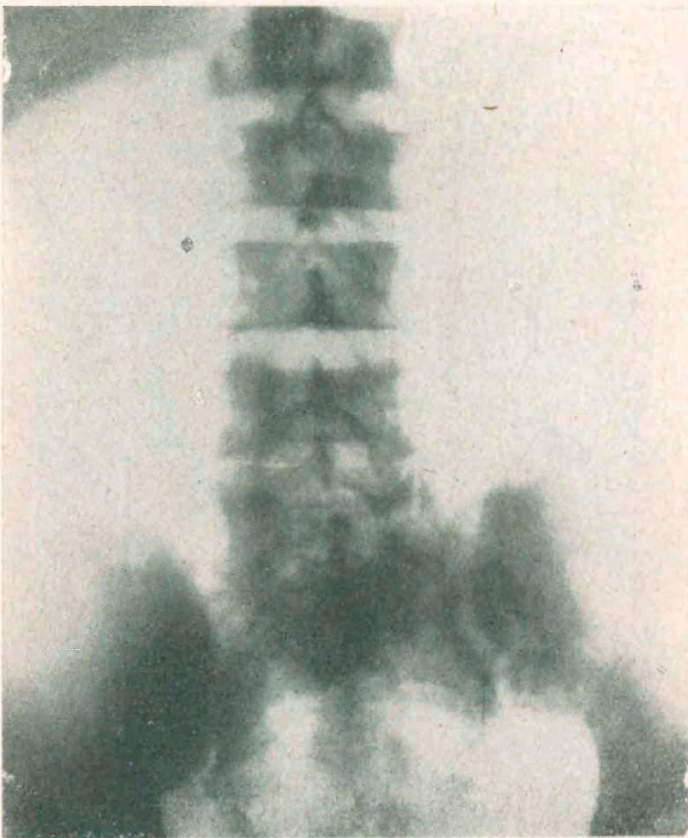


Radiografía 3

El tipo de imágenes radiológicas varía con el grado evolutivo de la lesión. Se inicia en los huesos de la pelvis, principalmente en las ramas isquio-púbicas y en las crestas ilíacas, sigue luego los alerones del sacro y el resto de los ilíacos para continuar mostrándose en las últimas vértebras lumbares. Los huesos pierden la imagen extructural, la regularidad de sus bordes y progresivamente muestran una evolución infiltrante y difusa con sombras irregulares nebulosas que deforman y desfiguran los huesos primeramente afectados. En grado avanzado las deformaciones se hacen palpables, su consistencia se modifica en relación a la exuberancia carcinomatosa.

En un enfermo, la metástasis presentaba en una costilla tal exhuberancia carcinomatosa que era factible de reseca a filo de bisturí.

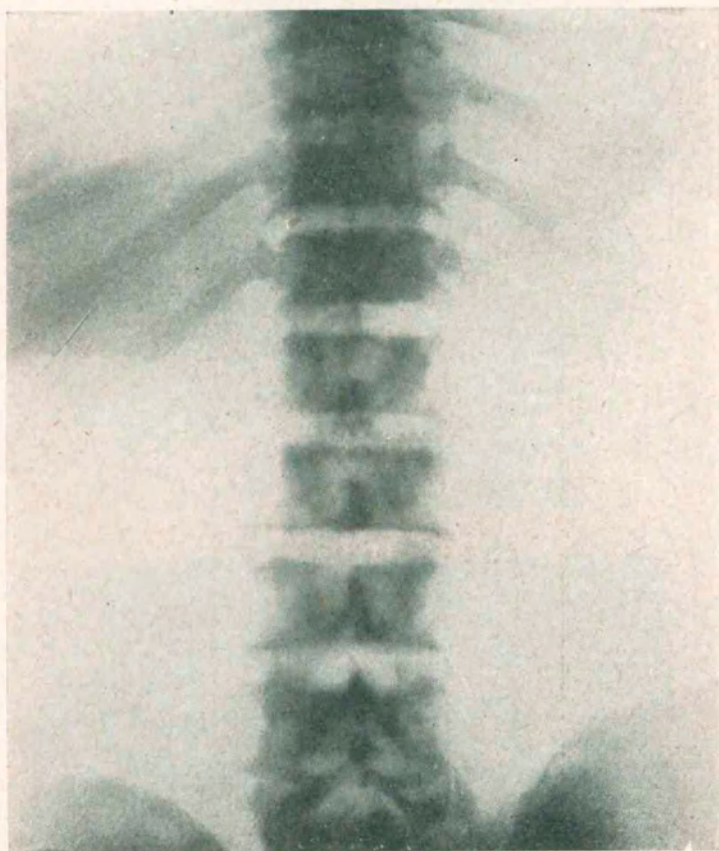
Pese a esas oscuras imágenes radiológicas de las lesiones avanzadas de las pelvis óseas, sus crestas o los alerones del sacro presenta-



Radiografía 4

ban un reblandecimiento que hacía factible el ser penetradas por la legra o la cureta. Esa irregularidad de imágenes de tipo rarefacientes y condensantes característicamente difusas e infiltrativas, con siluetas borrosas, localizaciones predominantes y progresivamente extensivas al resto del esqueleto; le confiere particularidades reconocibles de otras lesiones ósteo-petrosas u ósteo-porósicas.

Biopsia. — Del examen radiográfico se deduce el lugar de elección para la biopsia que, la iniciamos siempre por *punción y aspiración*. Procedemos en acuerdo con el Laboratorio Micrográfico que dirige el Profesor Silvio Dessy y contando con la decidida colabo-



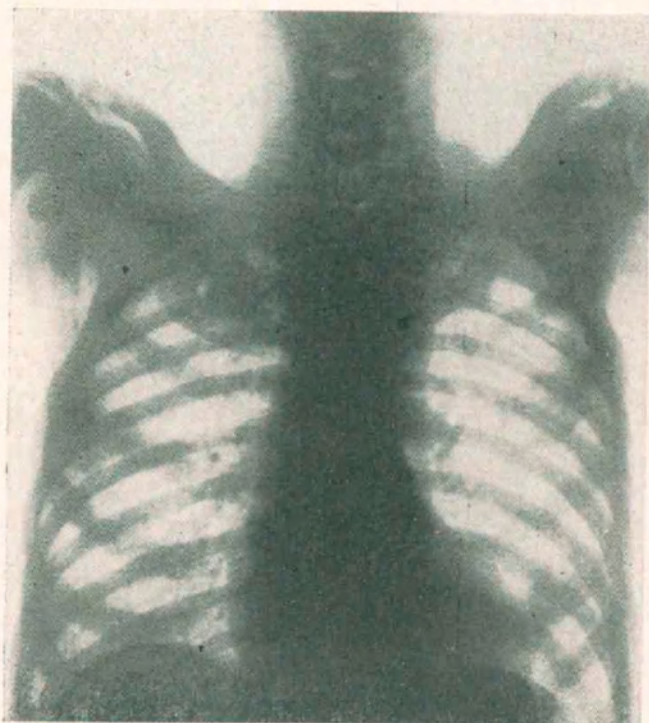
Radiografía 5

ración del jefe de trabajos, Dr. Rodolfo Palazzo; quienes fundan el diagnóstico en la Histología del material incluido y no en la observación citológica exclusiva de los extendidos. Si el material extraído resultase no apto para su inclusión, repetimos la punción.

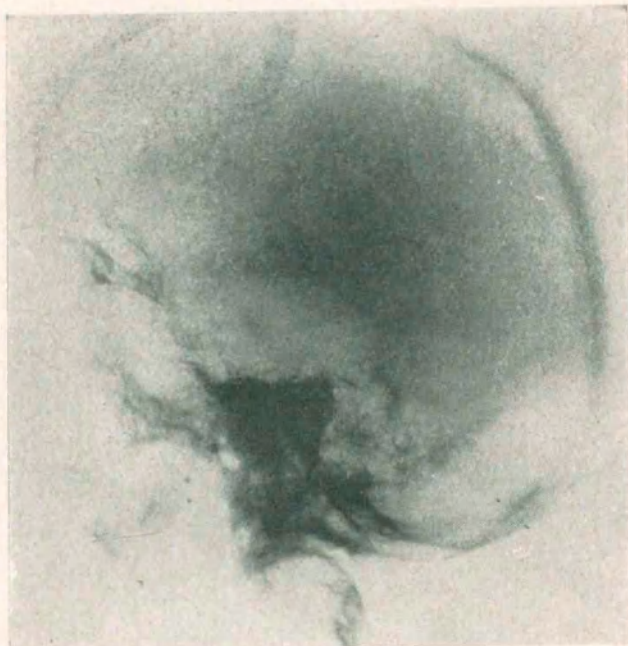
La biopsia punción - aspiración nos ha resultado afortunada, tan sólo, en las localizaciones más avanzadas de estas matástasis infil-



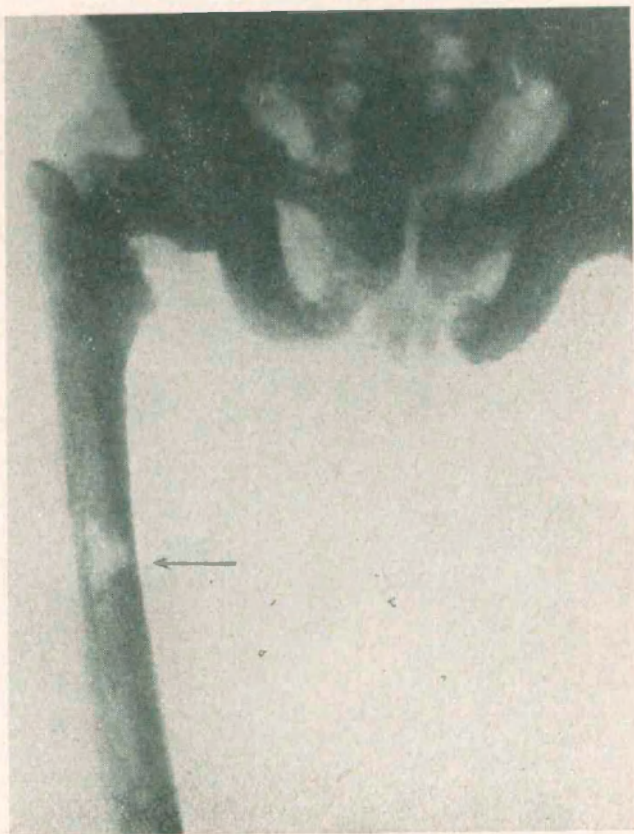
Radiografía 6



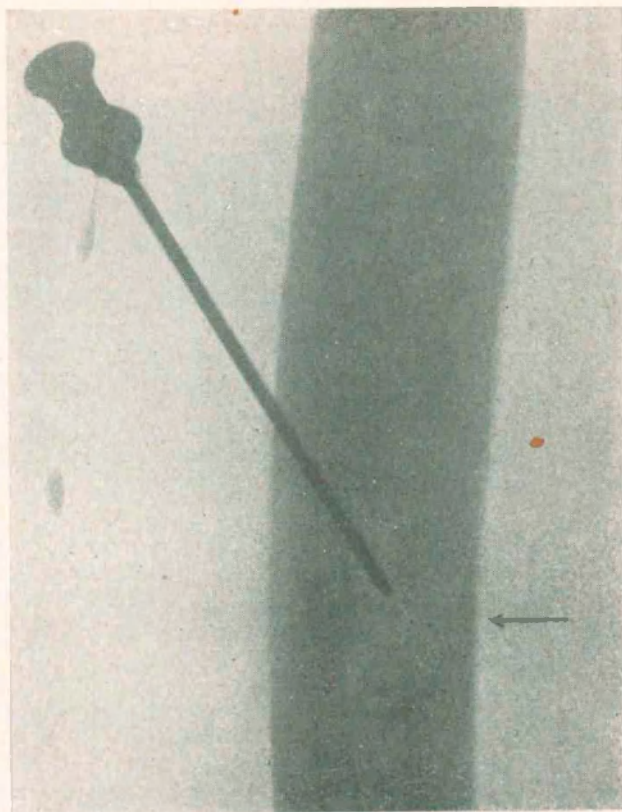
Radiografía 7



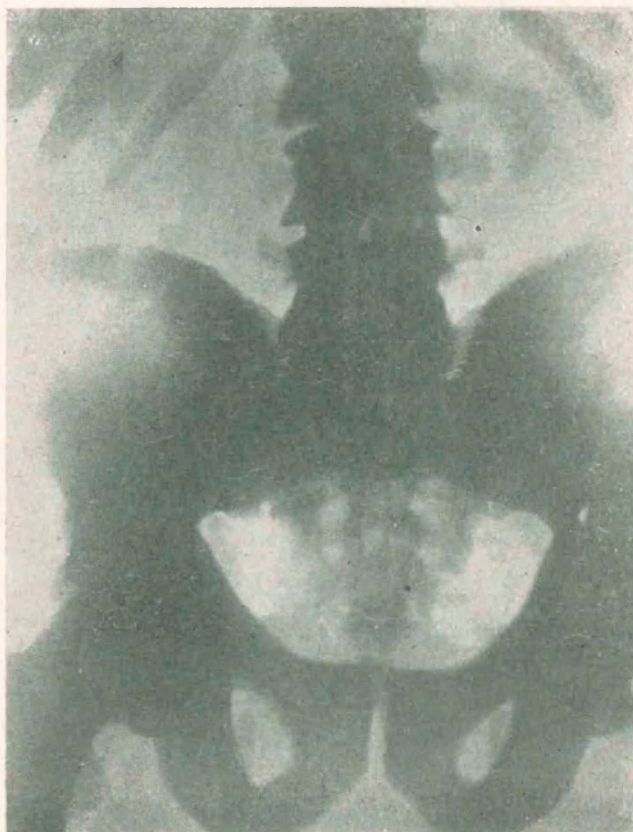
Radiografía 8



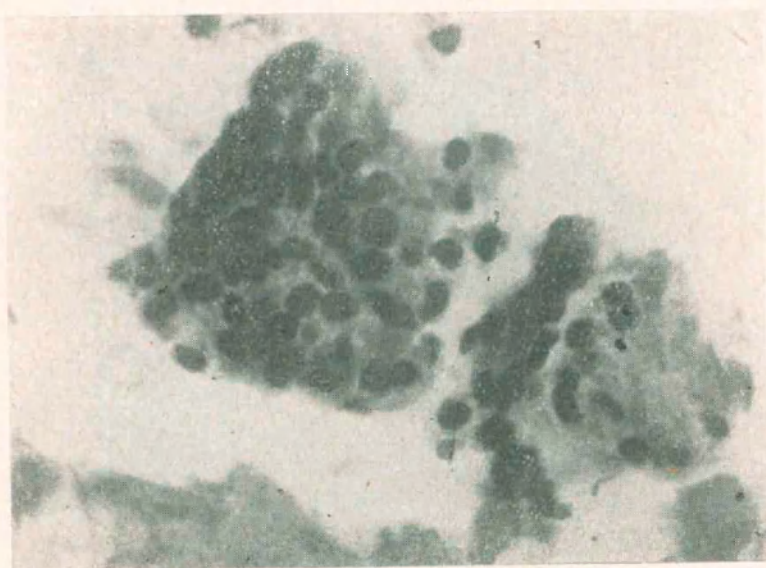
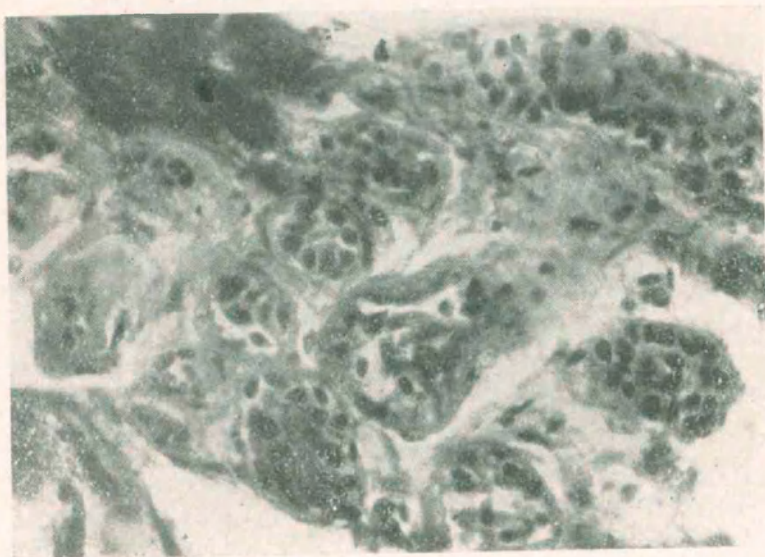
Radiografía 9



Radiografía 10. Control radiográfico del punto de punción, técnica usada por los Dres. G. Valls y Ottolenghi.



Radiografía 11. Obsérvese la diferencia con la sombra uniformemente densa de la osteopetrosis por fluorosis.

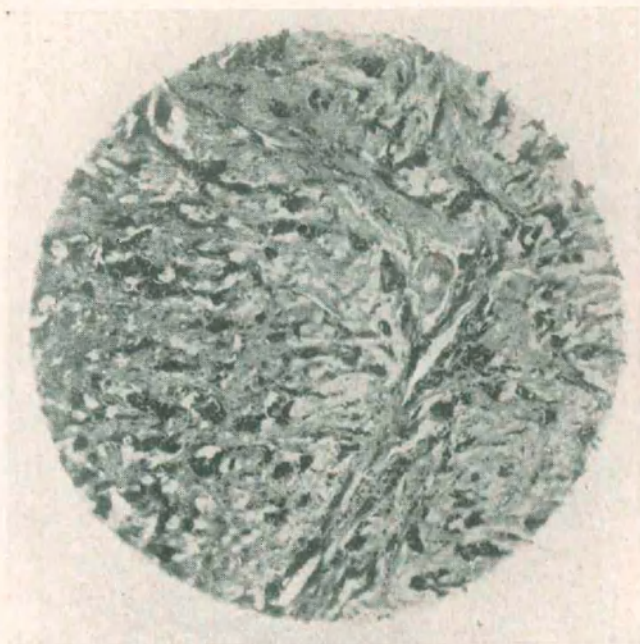


Microfotografías N^o 1 y 2.— Biopsia por punción-aspiración de metástasis ósea en carcinoma de próstata.

Corresponde a un enfermo internado en el servicio del Prof. J. Valls y las microfotografías las debemos a la gentileza del Dr. F. Schajowicz.



Microfotografía N° 3. — Biopsia quirúrgica del hueso coxal, muestra la metástasis de adeno-carcinoma entre las trabéculas óseas.



Microfotografía N° 4. — La biopsia del tumor de próstata demostrando una adeno-carcinoma, material extraído con troccar por vía perineal. Corresponde al tumor primitivo de la metástasis ósea que muestra la microfotografía anterior N° 3.

trativas difusas. Cuando su histología no presenta elementos de diagnóstico recurrimos a la biopsia a cielo abierto o *biopsia - quirúrgica*.

Respecto al material para el examen histológico de la lesión



Microfotografía N° 5. — Muestra la exuberancia carcinomatosa de un estado avanzado de localización costal, correspondiendo a una de las múltiples metástasis óseas generalizada, que de acuerdo a su disposición histológica y semejante a la biopsia del tumor prostático de tipo carcinomatoso.

prostática, nos comportamos de acuerdo a lo expuesto ya en otras oportunidades; punción - aspiración o toma con troccar, punch - biopsia por vía perineal excepcionalmente por vía rectal. Procediendo distintamente con troccar o punción - aspiración según el grado de infiltración.

En la figura 4 cistografía con uro-selectan para pielografía, la imagen es menos nítida que las observadas en el cistograma de excreción y no agrega nada a lo ya dicho.

En síntesis nos hallamos frente a un enfermo con una uropionefrosis intermitente izquierda, con crisis de retención séptica a largos intervalos.

Y una lesión cistoscópica que nos hizo, por su carácter, pensar en la posibilidad de que se tratara de un tumor sólido: fibroma, fibromioma, que ac-

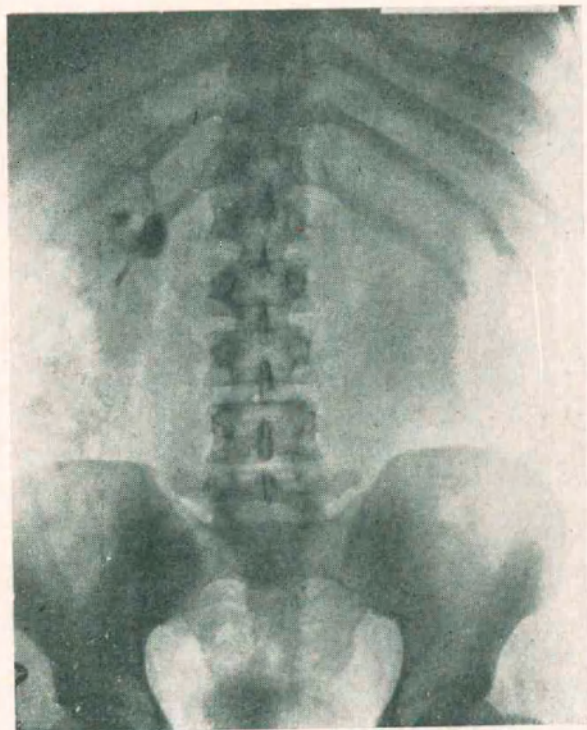


Figura 2

tuara como causa de compresión y distensión ulterior. En efecto, uno y otro son tumores lisos, redondeados, recubiertos de una mucosa normal, de base de implantación en general ancha, pero que puede pediculizarse y además adquieren, a veces, un volumen considerable.

Pero la presencia del pequeño ectropion en su cara interna, que suponíamos fuera el meato, hizo que repitiéramos la cistoscopia, con el objeto de intentar un nuevo cateterismo del mismo, y nos encontramos, en el curso de esta 4ª cistoscopia, con que el tumor había desaparecido en gran parte, sin sintoma alguno aparente, ya que en piurias tan acentuadas, resulta imposible establecer graduación de intensidad. En su lugar nos encontramos con una mucosa presentando innumerables pliegues radiados, centrada por una depresión infundibular en la que no podemos individualizar el meato.