

LA RECIDIVA DEL ADENOMA PROSTATICO

Por el Dr. ARMANDO TRABUCCO

Aunque patológicamente exista la probabilidad de que en todo enfermo que haya padecido de adenoma prostático y cuyo tumor haya sido oportunamente extirpado, pueda de nuevo desarrollar otra similar tumoración, pocas son las observaciones de tales hechos, siendo la casuística de estas recidivas muy escasa, habiéndose intentado explicar su patogenia aunque sin llegar hasta ahora a conclusiones satisfactorias, porque todas ellas han sido construídas sobre bases poco sólidas y no claramente demostradas.

Teniendo en nuestro poder 7 historias clínicas, 5 nuestras y 2 pertenecientes al Dr. Surra, a quien agradecemos su generosa contribución, creemos estar en cierto modo autorizados para abrir nuevamente la discusión sobre este problema, que es la recidiva del adenoma prostático, después de haberse practicado una prostatectomía anterior.

Las historias clínicas que relataremos sucintamente, son las siguientes:

El primer caso, de los Dres. Surra Canard y Capelli.

Enfermo, N. N., de 60 años de edad.

En 1934 fué visto, por primera vez con retención crónica incompleta, que hacía periódicamente retenciones completas agudas. Presentaba todos los síntomas del prostatismo. Se constató en el examen cistouretroscópico un lóbulo medio del tamaño de una avellana sin lóbulos laterales.

El tacto rectal mostraba una próstata normal sin caracteres adenomatosos de ninguna especie.

Se intervino, extrayéndosele un pequeño adenoma del lóbulo medio y dos pequeños núcleos adenomatosos de las paredes laterales de la uretra posterior.

A los seis meses, presentó nuevamente una retención aguda de orina, pudiéndose constatar al tacto rectal una próstata del tamaño de una nuez, regular, lisa, sin surco medio. La uretrocospía posterior confirmó el diagnóstico de adenoma recidivado.

Rechazando en ese entonces el enfermo, la intervención, es mantenido con tratamiento hormonal, hasta que se resuelve intervenir en 1942, intervención que se hace en un tiempo, extrayendo un tumor adenomatoso del tamaño de una nuez.

Desgraciadamente el enfermo fallece en acidosis.

El segundo caso fué observado por los Dres. Surra y Cornejo Saravia.

Se trata del enfermo R., que en 1929 fué prostotectomizado por vía suprapúbica, extirpándosele un adenoma, compuesto por un lóbulo medio y dos lóbulos laterales del tamaño de una mandarina, que provocaba una retención de 150 gramos con síntoma de prostatismo muy evidentes.

Algún tiempo después, 6 años, comienza a presentar nuevamente disuria acentuada, pero sin retención de orina. Los exámenes revelan la presencia de un lóbulo derecho del tamaño de una nuez, constatación uretroscópica.

La evolución ulterior de este enfermo, no ha podido ser registrada porque no ha seguido las indicaciones médicas, ni se ha presentado para nuevos exámenes clínicos.

El tercer caso, pertenece al señor B., de 72 años de edad, a quien veo por indicación del Dr. Gaviña Alvarado. En agosto de 1940, presentaba trastornos a la micción traducidos por disuria inicial discreta y periódicamente presenta hematuria del tipo inicial, con fenómenos de infección vesical que ceden fácilmente al tratamiento local.

En el examen clínico, encontramos un adenoma prostático del tamaño de una mandarina, perceptible al tacto rectal, bien delimitado, indoloro, de consistencia elástica, sin surco medio. La mucosa rectal no está adherida; no hay retención de orina.

No se ha podido hacer cistoscopia por la imposibilidad de hacer progresar el cistoscopio hasta la vejiga, debido al enorme lóbulo medio que imposibilita la entrada. Uretroscopia posterior. La uretra por arriba del verumontanum se encuentra muy alargada por dos grandes lóbulos adenomatosos y un lóbulo medio cuya saliente abrupta impide la entrada del aparato en la vejiga.

Este enfermo ha sido prostatectomizado por Maraíni en el año 1928, habiéndole este distinguido maestro, extirpado un adenoma trilobulado, quedando en condiciones satisfactorias hasta el año 1940 que presentó los síntomas señalados más arriba, llamándole, especialmente, la atención y dándole más importancia a la hematuria que a la disuria.

Como tratamiento, hemos instituido la saturación hormonal con Testosterona y el mantenimiento de la vejiga en estado libre de infección.

Hemos desechado la idea del tratamiento quirúrgico, por no haber, en realidad, trastornos obstructivos que comprometiera la función renal. Además, el enfermo evacúa su vejiga discretamente bien, no habiendo retención urinaria. Por otra parte sus 72 años, con una hipertensión de 23 de Mx, y trastornos articulares generalizados no hacen mirar con mucha circunspección una probable intervención en las vías urinarias, sobre todo, no estando alterada la función de depuración nefrógena.

El cuarto caso, pertenece al Sr. V. de 80 años de edad. Operado por primera vez en 1927 por el Prof. Maraíni que le extirpó un pequeño adenoma del tamaño de una nuez, el cual le provocaba retenciones agudas completas.

Desde hace cuatro años, viene sintiendo trastornos disúricos con polaquiuria nocturna discreta (3 veces) mostrando al examen urológico un adenoma del tamaño de una naranja discernible al tacto rectal con los caracteres típicos, de consistencia elástica, sin surco medio, bien limitada, no dolorosa. La retención de este enfermo es de 60 gramos.

La uretroscopia posterior revela una uretra alargada con un lóbulo medio discreto y dos marcados lóbulos laterales, que rechazan la luz uretral hacia la derecha, lo que hace predominio de lóbulo izquierdo evidente. La uretra posterior está alargada por arriba del verumontanum.

Para su tratamiento posterior, hemos preferido también el tratamiento hormonal con testosterona considerando a un hombre de edad muy avanzada, con alteraciones psíquicas de carácter senil, de estado frágil y con poca retención de orina, no estando comprometida la función renal.

El quinto caso pertenece a P. N. de 65 años de edad, Historio Clínica CXXIV número 3 de la sala, XIII del Hospital Rawson.

Relata el enfermo, que a los 56 años fué intervenido en el Servicio de Vías urinarias de la Ciudad de Córdoba, habiéndosele hecho una prostatectomía a lo Frayer en dos tiempos, retirándose del hospital, al mes de practicado el segundo tiempo.

Los otros antecedentes son de escasa importancia para el tema que estamos tratando, de manera que pasaremos directamente al estado actual.

El enfermo ingresa al servicio el 4 de abril, es decir, 8 años después de la adenomectomía y relata que al cuarto año después de la intervención antedicha, concurrió a un servicio de Urología a raíz de un dolor testicular, comprobándose una retención parcial de orina, ignorando la cantidad. Se le aconseja la internación hospitalaria, pero el enfermo no aceptó, continuando con sus molestias a las que se agregó polaquiuria discreta con ligera disuria; todos estos trastornos se fueron acentuando poco a poco hasta llegar a la polaquiuria nocturna a 5 o 6 veces.

En la actualidad presenta una piuria intensa, disminución de proyección de chorro y 150 gramos de retención, habiendo una capacidad vesical de 300 gramos.

La próstata de regular tamaño, aproximadamente al de una mandarina, de consistencia elástica, de bordes bien limitados, sin surco medio y mucosa rectal libre. La endoscopia muestra vejiga a columnas con celdas y con pus en el bajo fondo.

El paso del uretroscopio provoca sangre fácilmente y se puede observar un cuello deformado sin características típicas de lobulaciones como corrientemente se ve, hallándose marcada procidencia arriba en la parte lateral derecha y en la parte inferior. La uretra se halla muy alargada, sangra con facilidad y hay una deformación de la luz a expensas del lado izquierdo con marcada procidencia del lóbulo lateral derecho.

Se interviene al sujeto en dos tiempos, hallándose un adenoma del tamaño de una mandarina polilobulado, adherido, por lo cual se hace con dificultad su extirpación debiéndose poner dos tapones en la cavidad de uretra posterior.

El estudio histológico hecho en ese entonces, revela la presencia de tejido adenomatoso, de origen prostático con algunos focos de infiltración linfocitaria.

El sexto caso, probablemente, sea el más interesante, porque de él conservamos íntegra la pieza de vejiga y de próstata.

Historia Clínica CCXXXIX, de la sala XIII del Hospital Rawson, perteneciente a P. D. de 74 años de edad, Febrero 1943

Este enfermo ha sido operado en el servicio de Urología del hospital Rawson, en el año 1927 habiéndosele hecho una prostatectomía en dos tiempos a lo Frayer extirpándosele un adenoma del tamaño de una pequeña mandarina.

Después de esta intervención, quedó bien hasta hace unos cuatro años aproximadamente, es decir, 12 años después, en que comienza a sentir trastornos a la micción con disuria, falta de proyección y polaquiuria diurna y nocturna. El enfermo no hizo caso a estos síntomas y fué soportando en grave estado con muestras francas de acidosis urinaria, lengua seca, obnu-

bilación, pupilas mióticas y con la vejiga que se palpaba a la altura del ombligo, estando en retención crónica completa y orinando pequeñas cantidades por rebalzamiento.

El examen semiológico urinario nos permitió constatar una próstata grande, del tamaño de una mandarina, sin surco medio, elástica, bien delimitada, con la mucosa rectal libre.

Se coloca una sonda en vejiga para evacuar su contenido, que es de orina purulenta. Con el tratamiento adecuado para estos casos, sueros glucosado y clorurado, etc. y sonda colocada en permanencia el enfermo sale de su estado acidótico, la azohemia urinaria de 1.80 gramos % o rebaja a 0.75 gramos % o.

Es examinado endoscópicamente mostrando la uretra posterior alargada y con saliencias adenomatosas en todas sus paredes, no pudiéndose diferenciar el verumontanum. La vejiga distendida, llena de columnas muy desarrolladas, especialmente en el bajo fondo, limitando grandes celdas, con contenido de pus y fibrina; el ligamento interuretérico está sumamente hipertrofiado y los meatos ureterales entreabiertos.

A las pocas semanas de estar en el servicio, comienza a prestar fiebre remitente que cedió parcialmente a las sulfanilamidas, pero inesperadamente entró en colapso, falleciendo al mes de su ingreso.

La autopsia practicada y el estudio anatómico que se desprende de ella nos muestra como hechos importantes: una pielonefritis crónica doble con marcada destrucción del riñón y dilatación de la pelvis y cálices, pielonefritis que se debe al parecer a oclusión urinaria inferior, puesto que al lado de la dilatación de la pelvis existe una marcada dilatación de los ureteres de ambos lados con paredes flácidas muy finas y poco elásticas en estado de verdadera urectasia.

Hecha la ablación de la vejiga y de la próstata en conjunto, nos encontramos con un reservorio urinario sumamente dilatado, teniendo aproximadamente el tamaño y forma de una gran berenjena de 13 cm. de diámetro longitudinal y 9 cm. el diámetro transversal. Sus paredes están formadas por un tejido conjuntivo firme, espeso, resistente, poco elástico que se continúa hacia abajo con la próstata pudiéndose limitar un neto surco entre vejiga y próstata, encontrándose por detrás de él las vesículas seminales y las ampulas deferenciales.

Abierto el órgano, podemos apreciar que el espesor de las paredes vesicales es muy marcado, sobre todo a nivel de las columnas que ella posee, columnas muy gruesas, muy resistentes que se hallan diseminadas en todo el órgano pero predominando sobre todo en la cara posterior a la altura del bajo fondo vesical, en donde limitan marcadas celdas, pseudodiverticulares a veces, cuyo contenido virtual permite al introducir el dedo dentro de ellas descubrir su tamaño y grandor, alcanzando algunas veces a formar cavidades hasta del tamaño de una avellana. Las paredes de estos divertículos se encuentran adelgazadas, pero siempre recubiertas por el tejido vesical músculo-fibroso. En la pared inferior de la vejiga se encuentra el ligamento interuretérico sumamente desarrollado, dividiendo prácticamente a la vejiga en dos compartimientos, uno inferior, el bajo fondo vesical y otro superior representado por el resto del órgano. En los extremos de este ligamento desembocan los ureteres cuyos meatos se encuentran entreabiertos. La mucosa vesical es de color rojizo con estrias violáceas, está dispulida y tiene en sus paredes precipitados fibrinosos y pus.

La próstata está formada por un gran órgano del tamaño de una pequeña naranja, siendo por la parte posterior de forma piramidal a base superior, pudiéndose observar una especie de surco medio, pero dado a expensas de las vesículas seminales, su consistencia es elástica, no habiendo durezas marcadamente sospechosas.

Su relación con la vejiga es neta, existiendo un marcado surco que la separa de ella en los bordes laterales y posterior, no así en la parte delantera que se mantiene en continuidad con la vejiga. Por el lado vesical la próstata hace una neta prociencia cupuliforme de aspecto y

tamaño de un huevo de gallina, de superficie lisa y de color rosa claro, sin erosiones ni úlceras y perforada al parecer en la parte inferior izquierda, cerca de su centro, por el ostium vesíco-uretral. Es interesante hacer notar que lejos de encontrarse una tumoración de origen prostático a predominio ventral, lo que generalmente se encuentra en los lóbulos medios o bien a predominio lateral como los adenomas de lóbulos laterales, se ha hecho un desarrollo adeno-

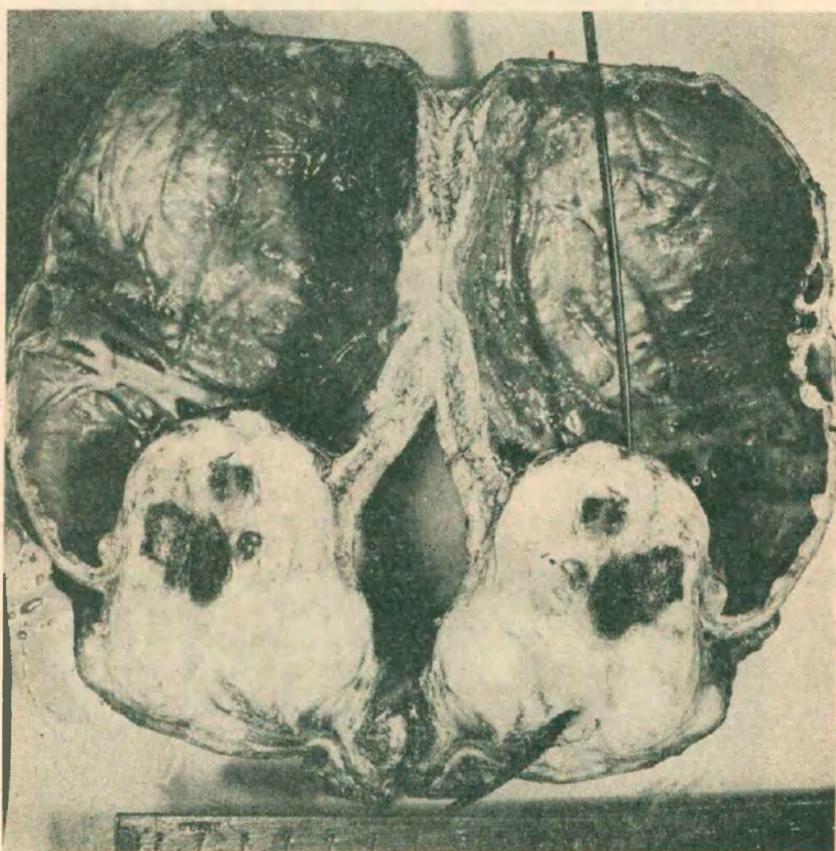


Figura 1. — Historia CCXXXIX-4. — Corte longitudinal de vejiga y próstata. Fotografía reducida a la mitad; compárese con el centímetro puesto al pie.

matoso general saliendo de adentro de la uretra y haciendo procidencia en la vejiga, como si fuese un gran hocico de Tenca.

Abierta la pieza en la línea media, podemos comprobar que la uretra sigue su trayecto hacia abajo y adelante, está rodeado en todo su camino por tejido prostático edematoso. La superficie al corte es de color blanco nacarado y se halla representada por una trama conjuntiva que limita zonas redondeadas verticiliadas de color blancuzco, que resume un líquido blanco viscoso, similar a los esferoides de los adenomas. Todo este tumor parece bien delimitado y tiene, al parecer, un plano de clivaje como los adenomas comunes, salvo en la parte inferior y posterior histológico.

Para el estudio histológico se han seguido los métodos habituales de deshidratación, inclusión y montaje con parafina, corte y coloración con hematoxilina-eosina y tricrómico de Masson.

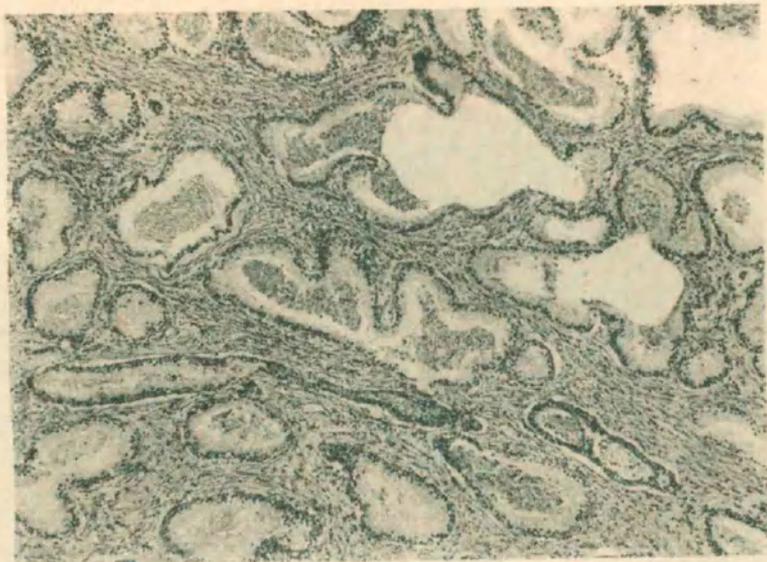


Figura 2. — Historia CCXXXIX-4. — Objetivo 2x8. Hematoxilina-eosina-adenoma de próstata con reacción de estroma.

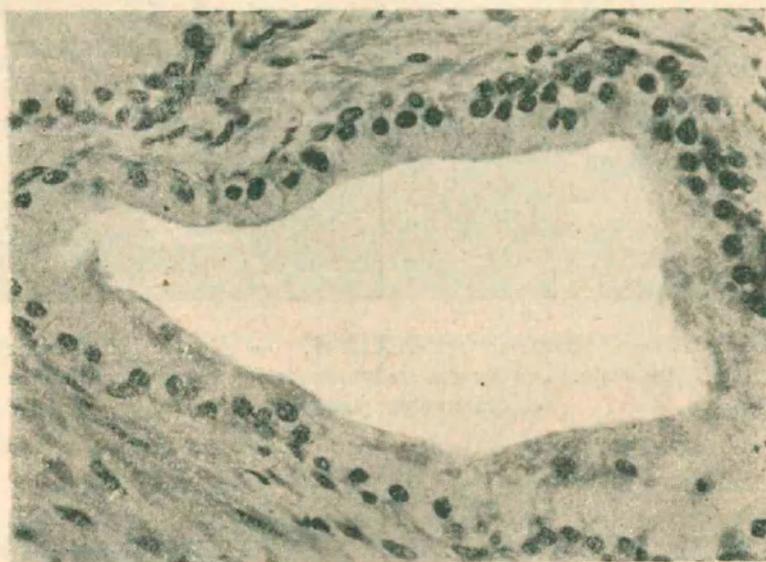


Figura 3. — Historia CCXXXIX-4. — Acini prostático de la figura 2 a 400 diámetros de aumento.

La mayor parte del tumor está compuesta por acinis glandulares del tipo del adenoma prostático, con un epitelio a núcleo basal, protoplasma alto, segregante, bien diferenciado. En algunas cavidades se encuentran concreciones simpexiales, con geles hechos a expensas de la aglo-

meración de células descamadas de las paredes glandulares mezclados con una sustancia amorfa particular, probablemente producto de secreción celular.

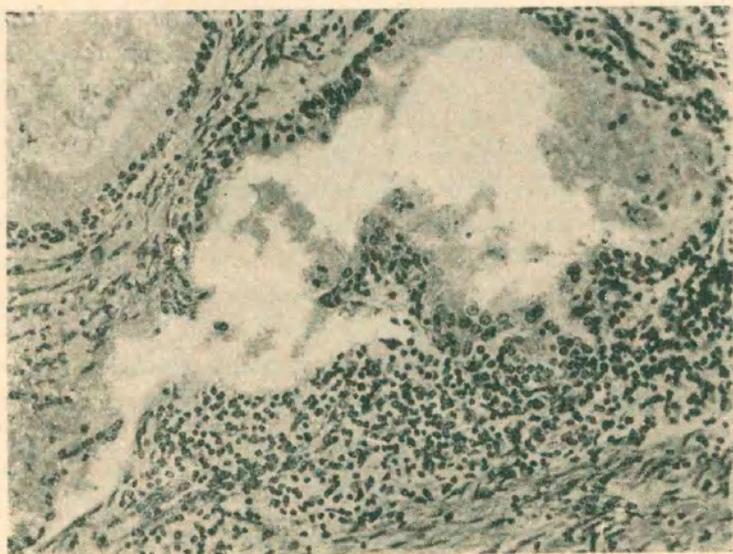


Figura 4. — Historia CCXXXIX-4. — Infiltración linfocitaria con desprendimiento de la mucosa glandular y desdiferenciación de sus células.

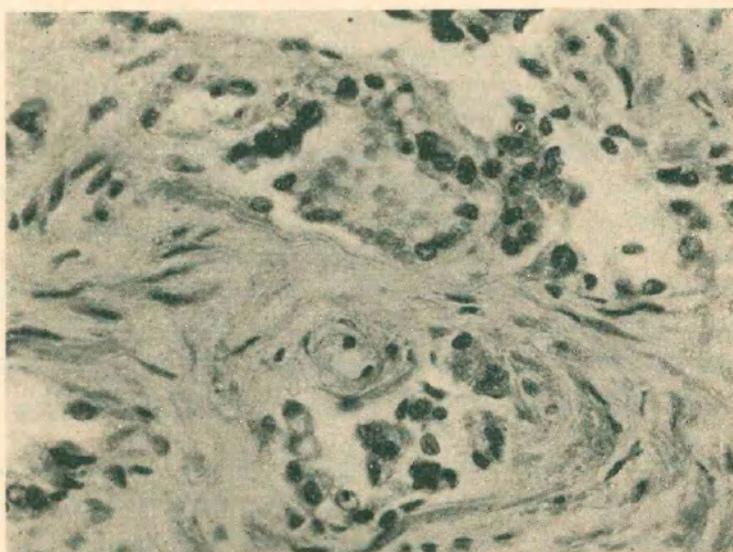


Figura 5. — Historia CCXXXIX-4. — Zona de degeneración carcinomatosa.

Hay una intensa reacción del estroma del adenoma, predominando en cierto modo las fibras musculares lisas, bien diferenciables con la coloración tricrómica. Existen zonas cerca de la uretra, en donde se pueden ver procesos inflamatorios muy manifiestos, con invasión de

linfocitos y células plasmáticas que se agrupan en regueros o en forma de folículos, pudiéndose encontrar alteraciones de los acinis producidas por la infiltración inflamatoria intensa que provoca la destrucción y caída del epitelio glandular, y muchas veces, como puede verse en las figuras adjuntas, proliferación particular que hace pensar en la inducción de estos procesos hacia la metaplasia epiteliomatosa, cuyo agente irritativo y proliferante tiene por punto de partida a la infección. Estos hechos parecen confirmarse en algunas pequeñas zonas de este adenoma en donde la transformación cancerígena es evidente, pudiéndose observar dentro de un estroma conjuntivo muscular, acinis glandulares, con muy poca luz celular, muy poco secretantes y en donde éstos se encuentran en franca atipia, no sólo de núcleo con deformaciones, agrandamientos y pínosis diferentes unos de otros, sino también el conjunto celular en sí, pudiéndose ver células de gran tamaño al lado de células pequeñas, como atróficas. Además es visible en algunas partes, que en el punto de unión de este epitelio glandular con el estroma se hace sin intervención de basal, invadiendo estos elementos cancerígenos al tejido conjuntivo ambiente que rodea a los acinis.

El conjunto nos hace pensar que ha sido un adenoma prostático recidivado en donde se ha hecho en algunas partes la degeneración carcinomatosa del adenoma.

El séptimo caso pertenece también al servicio de urología de la Cátedra y corresponde a E. F. Serie CVIII. N° 7., de 65 años de edad.

El enfermo ingresa al servicio en enero de 1935 diagnosticándosele un adenoma de próstata provocador de una retención crónica completa.

El enfermo se retira por su propia voluntad, sin ser operado, hasta que en el año 1939 se le practica la prostatectomía a lo Frayer en dos tiempos, en un sanatorio particular, por lo que ignoramos quién ha sido el cirujano y su capacidad como especialista.

A los dos años de esta intervención, reingresa al servicio en muy mal estado general en retención crónica completa, relatando sus familiares que, al poco tiempo de su intervención volvió a encontrarse incómodo, debiendo ser sondado y dilatado, porque la evacuación de su vejiga no se hacía correctamente.

El examen urológico permitió constatar una próstata del tamaño de una mandarina, de consistencia elástica, sin surco medio, bien limitada y mucosa rectal no adherida. El examen cistoscópico se le practicó en el servicio el 2-6-41 y revela una vejiga muy congestionada con precipitados calcáreos en su mucosa. La uretra posterior revela la presencia de una tumoración prostática con lóbulos laterales que hacen marcada procidencia dentro de la uretra y un lóbulo medio del tamaño de una nuez.

El enfermo se halla en ese momento con 1.05 gr. de urea en sangre y a pesar de la terapéutica instituída, entra en coma y fallece a los 20 días de su ingreso.

La autopsia revela un adenoma trilobulado.

El estudio histológico de la pieza muestra la presencia de un adenoma prostático con infección.

COMENTARIOS

Ex profeso hemos tomado tan sólo los casos en que la recidiva se ha presentado después de haber hecho adenomectomías, según métodos quirúrgicos no especiales, habiéndose usado en los 7 casos la técnica de Frayer. La vía perineal es escasamente usada entre nosotros, por lo que no podemos atribuir el empleo de ella relacionándolo con la presencia o no de recidiva. Las adenomectomías

por vía endoscópicas las hemos desechado como probables casos de recidivas postquirúrgicas, puesto que podría dar lugar a falsas interpretaciones y sobre todo que la extirpación total del tumor es a "prima facie" poco menos que imposible, aunque los fenómenos de necrosis consecutivas a la intervención nos aseguren que casi completamente se hace la destrucción de la proliferación tumoral, con todo hemos preferido dejar de lado las recidivas que se han presentado, siguiendo este procedimiento quirúrgico por vía endoscópica.

En los siete casos presentados cabe hacer resaltar ciertos hechos que indudablemente llaman la atención y del análisis de estos distintos hechos podemos sacar en consecuencia que:

Edad. — La edad de los enfermos, si bien representa la época postrera de la vida. Cuando se les practicó la primera intervención, podría no ser tan avanzada si consideramos que es la iniciación de la vejez, salvo uno de 64 años y otro de 62, todos los demás están por debajo de los 60 años, quiere decir que a todos ellos se les ha practicado la protatectomía de un modo relativamente precoz, que tal vez tenga importancia en la recidiva. Veremos a qué edad han recidivado: En casi todos ellos ha habido una recidiva entre 6 y 12 años de la intervención; como vemos es un tiempo relativamente largo si comparamos la proximidad fatal que implica la vejez por el desgaste orgánico.

Síntomas. — En cuanto a los síntomas, son similares a los que presentaron previamente y están representados por disuria, polaquiuria diurna y nocturna, por hematuria inicial y piuria. El síntoma retención también está presente aunque de manera inconstante, puesto que en dos de estos enfermos si bien tenían un gran adenoma recidivado, podían evacuar completamente la vejiga no habiendo retención de orina.

Tamaño del tumor. — En cuanto al tamaño de la tumoración recidivada, parece ser en general más grande que la inicial, cuando no igual; estos datos comparativos son de relativa importancia y tienen valor en especial, cuando se ha dejado de ellos constancia expresa en las diversas historias clínicas.

Forma. — La forma del adenoma parece ser polilobulado y desarrollado de una manera más atípica que los primeros tumores; en general están más adheridos y con más dificultades para enuclear, pueden ser también monolobulados como un gran hocico de Tenca, por donde pasa la uretra siguiendo un trayecto excéntrico. En algunos casos no sigue la uretra el trayecto habitual de los primitivos adenomas, puesto que en estos casos toda la tumoración está por debajo y a los costados de ella, en cambio en las recidivas parecería que marchara por cualquier lado, sin excluir el anterior estando en cierto modo desarrollado el tumor en la pared anterior de la uretra.

Histología. — Los estudios histológicos han revelado la presencia de tejido adenomatoso con infección intersticial y algunas veces núcleos de degeneración carcinomatosa; este hecho no es de extrañar porque la desviación hacia el carcinoma es muy frecuente en todos los adenomas prostáticos, aun en aquellos que macroscópicamente parecían exentos de degeneraciones.

PATOGENIA

Ante la presencia de un enfermo con diagnóstico de recidiva de adenoma de la próstata, la primera idea que se presenta al médico que examina dicho enfermo es la de una primera intervención practicada en forma incompleta, habiéndose dejado en la uretra posterior uno o varios trozos de tumor que con el tiempo han vuelto a proliferar.

Ante estos hechos que desgraciadamente se repiten más frecuentemente de lo que se cree, y que se imputan a la inhabilidad del cirujano en su acto operatorio, manifestaremos nuestra opinión, en que lejos de pensar en una intervención incompleta previa, nos parece más bien una recidiva adenomatosa, desechando en general al hecho de una falta de técnica quirúrgica anterior.

Es indudable que por múltiples circunstancias, ya sea a la falta de habilidad quirúrgica, a la inexperiencia o a la imposibilidad material de extirpación total, pueda dejarse uno o varios trozos de tejido adenomatoso sin extirpar, en los servicios hospitalarios se han visto muchas veces tales accidentes, pero los resultados son netamente distintos en estos casos, el enfermo no marcha hacia la curación desde el primer momento, no recupera la micción espontánea o mantiene una retención muy apreciable que impida la cicatrización de la fístula suprapúbica, lo que obliga al retoque quirúrgico para que todo entre en orden; pero si desde la operación el enfermo puede evacuar su vejiga, con toda seguridad había sido satisfactoriamente operado y si presenta nueva disuria, es porque se habrá desarrollado otro brote adenomatoso en la próstata remanente.

Estas recidivas corroboran nuestra manera de pensar sobre la patogenia del adenoma de la próstata. Hemos presentado a la Sociedad de Urología, hace un par de años, nuestra manera de ver sobre la patogenia del adenoma de la próstata y estamos en desacuerdo con las diversas teorías que aún hoy en día se aceptan, porque parten de bases completamente erróneas.

En los comienzos de este siglo, Albarrán, Hallée, Perearneau, Motz, expusieron una teoría patogénica preconizada ya por Rochitansky en 1881, en la cual desarrollaban la hipótesis de que el adenoma tenía lugar en las glándulas llamadas periuretrales, colocadas por debajo de la mucosa uretral dentro del esfínter del cuello y que, con su desarrollo producían el llamado adenoma.

Estas teorías fueron defendidas por Tandler y Zuckerkandl, tan convencidos estaban los autores europeos, que Papin y Verliac preconizaron llamar a esta afección, adenoma de la uretra posterior, en lugar de adenoma prostático, queriendo con esto separar categóricamente la próstata de la producción adenomatosa que creían no pertenecer a ella. Con el concepto de la teoría periuretral del adenoma de próstata hemos permanecido hasta ahora.

Ultimamente Randall en un detenido examen del lóbulo mediano, llama la atención de que no sólo las glándulas periuretrales se pueden hipertrofiar, sino que también los elementos preespermáticos pueden desarrollarse en forma adenomatosa.

Reischauer y Deming y Wolff, por otra parte, afirman que no es el adenoma lo que primeramente se forma, sino numerosos pequeños tumores fibromusculares que toman asiento en la pared posterior de la uretra, comparándolos a los fibromas de útero y atribuyéndolos a similar origen Müllleriano. Estos autores dicen que la presencia de estos tumores fibromusculares excitarían la proliferación de las glándulas vecinas, especialmente periuretrales que serían englobados por los mismos procesos fibrosos neoformados.

En Francia, Cúneo, recientemente ha expuesto ante la Academia de Medicina de París, una teoría similar en cierto modo a la de Moskowicz, sobre el adenoma, atribuyendo este proceso a la hiperplasia glandular de los elementos situados alrededor del utrículo y afirmando que todos los adenomas se desarrollaban en ese sitio.

No entraremos a rebatir los argumentos de unos y de otros porque todos están descriptos y no es aquí el sitio apropiado. Es indudable que todos tienen algo de cierto y no se deben tomar independientemente como categóricos.

La opinión de Albarrán y Motz es de indudable valor: existen en efecto adenomas desarrollados dentro de la musculatura, lóbulos medios de glándulas llamadas periuretrales, *pero, según nuestras investigaciones también existen adenomas desarrollados en cualquier parte de la próstata, interviniendo cualquier parte de la glándula en la producción de estas formaciones patógenas.* Y si extremamos la lógica veremos también que dichas glándulas periuretrales son tales por la situación en que se encuentran, pero son prostáticas por naturaleza. Son glándulas en latencia y en potencia cuyo desarrollo más o menos tardío puede explicarse por estímulos de origen endócrino que ya hemos analizado oportunamente.

Como dijimos, el adenoma se desarrolla en cualquier parte de la próstata y hemos sustentado nuestra opinión con hechos que se desprenden del estudio de numerosas glándulas prostáticas de todas edades, en donde se ha podido

sorprender la degeneración adenomatosa desde los primeros comienzos hasta las últimas etapas pasando por todos los estados intermedios.

El desarrollo, por otra parte, del adenoma que puede hacerse en cualquier parte de la glándula hacia la uretra y vejiga es fácilmente explicable por razones físicas y no nos detendremos a explicarlas, puesto que sería caer en redundancias sin necesidad.

La explicación de la recidiva de estos adenomas es muy sencilla: sabemos que después de extirpados estos adenomas, la parte mal llamada cápsula por donde se establece el plano de clivaje, es nada más que la próstata y con ella todos los pequeños adenomas que contiene. Al ser rechazada hacia afuera esta pseudocápsula sufre conjuntamente con todos los pequeños tumores adenomatosos alojados en su interior, un marcado proceso de atrofia ocasionado por el adenoma predominante. Sacado el adenoma, esa mal llamada cápsula adquiere por la proliferación de sus glándulas el aspecto anterior de la próstata con todas sus características anatómicas como las de cualquier próstata que haya o no tenido procesos adenomatosos.

Pues bien, esa próstata puede degenerar y transformarse en carcinoma o puede desarrollar a su vez nuevos adenomas similares en todo y con los mismos caracteres estructurales de las formaciones extirpadas anteriormente, no debiendo cometer el error de achacar a la falta de técnica la presencia de un adenoma recidivante.

¿Se me dirá por qué si la próstata puede generar nuevos adenomas, una vez extirpado el primitivo, no se presenta más a menudo la recidiva de ellos? Creo que la contestación está en el tiempo transcurrido desde la operación, porque si tenemos la precaución de observar a todos los adenomectomizados, al cabo de varios años de hecha la intervención, veremos con sorpresa que pueden presentar pequeños lóbulos laterales y cuya estructura comprobada con biopsia nos revela que se trata de pequeños grupos adenomatosos que están tomando tamaño. Si a eso le agregamos que la adenomectomía practicada en individuos de edad avanzada y que un adenoma para alcanzar su desarrollo a fin de que su tamaño pueda ser obstructivo, debe necesitar algunas veces por lo menos un lustro y a su vez una década antes de ser provocador de obstrucciones serias a la evacuación urinaria, veremos cómo en estos enfermos la recidiva no es más frecuente porque la muerte sobreviene antes de que estos trastornos se hagan evidentes.

No olvidemos que con la extirpación se ha librado una amplia cavidad, puesto que con ello se ha dejado abierta la libre evacuación urinaria mediante la amplia desobstrucción del labio inferior del cuello.

Estos adenomas que hemos visto, que han llegado a traer molestias al

| CASO | PRIMER ADENOMA | | | | | | | RECIDIVA DE ADENOMA | | | | | | |
|------------------|----------------|-------|-----------------|--------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|--------------------------------|------|-------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| | Año | Edad | Síntomas | Retención | Tamaño de la próstata | Año de la intervención | Tamaño del adenoma | Primer síntoma de recidiva | Año | Edad | Retención | Tamaño de la próstata actual | 2da. inter-vencción. Año | Tamaño del adenoma extraído |
| S y C. | 1934 | 59 a. | Disuria | Crónica incompleta | Adenoma pequeño | 1934 | Muy pequeño | Retenc. aguda de orina | 1935 | 60 a. | Crónica incomp. | Adenoma regular | 1942 | Trilobulado Tamaño reg. |
| S y C. S. | 1929 | | Disuria | 150 grs. | Adenoma grande | 1929 | Grande | Disuria | 1935 | | 0. | Adenoma lób. der. | — | — |
| Ball | 1928 | 60 a. | Disuria | Crónica incompleta | Adenoma grande | 1920 | Grande | Hemat. inicial | 1940 | 72 a. | 0. | Gran lób. medio | — | — |
| Valeti | 1929 | 64 a. | Disuria | Retención aguda | Ignora | 1927 | Regular | Disuria | 1943 | 80 a. | 60 grs. | — | — | — |
| CXXIV Nº. 3 | 1926 | 56 a. | Disuria | Crónica completa | Ignora | 1926 | Grande | Dolor en testículo. Disuria | 1930 | 60 a. | 150 grs. | Adenoma grande | 1936 | Poliubulado Adherido. Grande |
| CCXXXIX Nº. 4 | 1927 | 62 a. | Disuria | Crónica completa | Adenoma grande | 1927 | Grande | Disuria. Polaq. | 1941 | 74 a. | Crónica completa. Acidosis | Adenoma grande | Au- topsia 1943 | Monolobul. Adherido. Grande |
| CVIII Nº. 7 | 1939 | 59 a. | Polaq. nocturna | Crónica completa | Adenoma grande | 1929 | Grande | Disuria. Polaq. | 1941 | 65 a. | Crónica completa. Acidosis | Adenoma regular | Au- topsia 1941 | Trilobulado. Grande |

enfermo, hasta en 2 de ellos a provocar la muerte por obstrucción urinaria, tienen entre 4 y 10 años de intervalo entre la adenomectomía y la manifestación de los primeros síntomas disúricos, tiempo suficientemente largo como para que pueda desarrollar un nuevo adenoma de la glándula prostática que ha sido en su oportunidad liberada.

DISCUSION

Dr. Dotta. — *Deseo aportar cuatro casos de recidiva de adenoma de próstata: dos de ellos de hace varios años y dos justamente de este año. Mi manera de pensar en estos casos coincide con el Dr. Trabucco, en lo que se refiere a tiempo en que se hizo la primera adenomectomía, es decir, prostáticos jóvenes que habían sido operados por distinguidos urólogos, de cuya técnica no se puede dudar, casos en los cuales no se podía atribuir a una falla quirúrgica el hecho de la recidiva. Además, éste es un criterio de defensa propia, dado que los prostáticos que operamos y que recidivan, van seguramente a manos de otro cirujano. Entonces, tenemos que reconocer que la recidiva del adenoma no es imputable a una deficiencia técnica.*

Dr. Schiappapietra. — *Dada la índole del Servicio en que actúo, en que los enfermos permanecen ligados al servicio hospitalario durante el resto de su vida, las estadísticas anuales muestran algunas recidivas de adenoma de próstata. Esas recidivas son de enfermos operados en el Servicio.*

Alguna vez se ha visto la degeneración carcinomatosa de una próstata. Días pasados, considerábamos que la recidiva adenomatosa era mucho más frecuente de lo que parecía.

Durante varios años he seguido el examen endoscópico de todos los prostatectomizados a quienes he podido hacerles ese examen y he encontrado una cantidad de imágenes de tipo adenomatoso en sujetos prostatectomizados, que no eran retencionistas. Algunos de ellos han llegado a ser retencionistas, y varios de ustedes han notado también, el desarrollo de los lóbulos adenomatosos, que es más frecuente de lo que parece.

El caso de la resección me parece distinto. En la resección con mayor razón se tiene que hablar de recidiva obstructiva y no de recidiva adenomatosa: se ha resecado.

Sr. Presidente Dr. Surra Canard. — *Quisiera hacer una pequeña observación de incógnita más que de observación real, sobre el factor tiempo que puede mediar entre una adenomectomía y una recidiva.*

En uno de los casos del Dr. Trabucco, el enfermo fué operado por vía endoscópica. Se interviene al enfermo que era ur. retencionista serio. En la ope-

ración se comprobó un pequeño núcleo, como lo dice el Dr. Trabucco en su comunicación, que le dió mucho trabajo sacarlo y que era del tamaño de una lentejuela. Se tuvo la impresión absoluta de que no se había dejado nada. A los cuatro o cinco meses de haber sido dado de alta, ese enfermo tiene una retención completa. Cuando se le examina al tacto, se observa que tiene una glándula prostática del tamaño de una naranja y los lóbulos laterales que eran inexistentes están considerablemente agrandados. Ese enfermo hizo su recidiva, pues, en pocos meses.

Allí tiene que haber algo más que un simple fenómeno de compresión que hace que el adenoma existente comprima a los adenomas extracapsulares. Tiene que existir algún otro factor que no conocemos, que ha sido la causa de la transformación adenomatosa.

De manera que yo creo que el factor tiempo es lo que surge del intervalo que media entre la adenomectomía y la recidiva, pero puede existir algún otro factor que acelere esa recidiva.

Dr. Sandro. — Considero sumamente interesante la comunicación del Dr. Trabucco en lo que se refiere a la patogenia de la formación del adenoma de la próstata.

En su trabajo el Dr. Trabucco se refiere a la recidiva del adenoma, pero explicándolo como una patogenia completamente distinta y esa es la parte interesante de esa comunicación, que me ha dejado convencido por la forma en que ha sido expuesta.

Yo también creo que esos pequeños adenomas, que quedan en la glándula, que son los desarrollados dentro del parénquima de la glándula misma, son los que después tardíamente hacen el mismo proceso adenomatoso.

Dr. Trabucco. — En realidad, las contribuciones confirman mi manera de ver sobre la patogenia del adenoma. Ahora, en el desarrollo, no sólo interviene el factor tiempo, que es importante, pero no hay que olvidarse también del factor edad del sujeto, del desequilibrio orgánico que existe en el viejo, el factor hormonal favorecedor de la producción del adenoma.

Nosotros, hace unos años, presentamos cortes totales de próstata de personas jóvenes. Ya a los 20, 24 ó 28 años, hemos encontrado pequeños foquitos de adenoma de próstata, foquitos que pueden atrofiarse debido a las condiciones hormonales del sujeto, pero llegando a la vejez, esos factores hormonales se alteran y traen la proliferación del adenoma.

Si agregamos el factor tiempo y el factor hormonal, tendremos toda la variedad de adenomas, desde el que se puede desarrollar rápidamente con un desequilibrio hormonal más intenso hasta el adenoma que tarda cinco, seis o

diez años para alcanzar un desarrollo apreciable, porque el factor tiempo ha actuado con un factor hormonal débil.

De esa manera se explica el adenoma tan violentamente desarrollado a los seis meses en la recidiva de uno de los casos del Dr. Surra Canard, tal vez por un latigazo de desequilibrio hormonal y los otros factores han ido actuando más lentamente. Es el factor hormonal el que actúa en el viejo y el que ha llegado a producir la obstrucción adenomatosa. No todos hacen obstrucción.

Uno de los casos relatados, tiene cero gramo de retención de orina en vejiga. Sin embargo, tiene un tremendo adenoma, no pudiéndose pasar ningún cistoscopio porque la parte mediana era tan grande que impedía su pasaje. No tiene obstrucción y vacía bien la vejiga. Como primer síntoma que llamaba la atención había una discreta disuria.