

CANCER DE LA PROSTATA. SU TRATAMIENTO. CONSIDERACIONES BASADAS EN EL ESTUDIO DE 37 CASOS TRATADOS EN EL INSTITUTO

Por el Dr. LUIS FIGUEROA ALCORTA y JOSE GORODNER

Estos conceptos se adaptan muy especialmente al carcinoma de la próstata, afección respecto de la cual parece estarse actualmente en las fases firmes de la lucha contra sus desastrosos efectos.

Hasta hace poco, eran aleatorios los medios que poseíamos para tratar esta terrible enfermedad. Salvo en casos aparentemente benignos en los cuales se procedía a la prostatectomía y que evolucionaban luego en muy variada forma, todos los procedimientos destinados a combatirla no pasaban de paliativos variables y adaptados a los síntomas, que siempre llevaban a los enfermos a una muy molesta y dolorosa eutanasia. Los sondajes, la cistostomía y la resección transuretral para combatir al retención, contribuían a prolongar la vida del paciente. Los decantados éxitos proclamados por sus autores por medio de la radioterapia en cualquiera de sus formas y la radiumterapia, resultaron falaces, dejando una nueva decepción, la certidumbre de agravar a estos enfermos y acelerar la evolución de su mal.

Munger que trataba sus pacientes por la resección y la radioterapia consecutiva, observó desde 1938 que en los enfermos que habían recibido incidentalmente irradiaciones en ambos testículos, el alivio de los síntomas era mayor y más prolongado que en aquellos en quienes la resección era seguida de irradiación exclusiva de la zona prostática. Siguió practicando en sus últimos casos la destrucción radiológica de la función testicular, comunicando que tal terapéutica mejoraba el pronóstico en un grado discreto.

Es desde tiempos conocido el hecho de que la atrofia o extirpación de un testículo se halle acompañado en ocasiones de igual proceso en el lóbulo prostático correspondiente y tal aserto puede ser comprobado por cualquier cirujano.

Además el hecho de que en los últimos tiempos el abuso de la aplicación de hormona andrógena en el tratamiento del adenoma de la próstata demostrara rápidamente su acción cancerígena, por el aumento bien aparente de las lesiones en casos de cáncer de la misma, llamó la atención de los especialistas que atribuyeron justamente el efecto a su causa.

Estas últimas comprobaciones, agregadas a la experiencia de Munger y otros autores, y especialmente las que derivan de los trabajos de Huggins y sus colaboradores, las de P. J. Kahle y otros, llevaron a dirigir la terapéutica del cáncer de la próstata en dos diferentes sentidos y a veces combinándolos. Los primeros dando preferencia a la supresión lisa y llana de los testículos, a la castración, y los segundos dirigiéndose a la neutralización de la hormona testicular por medio de los estrógenos, comenzando al principio con el dioxidietilstilbestrol y luego con el dipropionato de stilbestrol, producto sintético que produce el mismo efecto que la inyección de estrógenos naturales.

Nosotros hemos seguido atentamente los trabajos de los diferentes autores y empleando sus métodos. Comenzamos, claro está, con el conservador y tratamos en 1942 algunos enfermos con el dioxidietilstilbestrol, luego continuamos con la castración combinada con el uso de la hormona estrógena para neutralizar los andrógenos extragonadales que pudieran producirse post-operatoriamente.

En la mayoría de los pacientes hemos procedido a diagnosticar con exactitud la afección. Salvo uno que otro caso en que el tacto, los síntomas acompañantes y las metástasis óseas imponían claramente el diagnóstico, procedimos a efectuar la biopsia del órgano enfermo: a ese efecto y a pesar de que Young y Mc Carthy emplean la vía transuretral y Lowsley la vía perineal, nosotros hemos encontrado más simple y efectiva la vía transrectal para realizarla. Utilizamos los aparatos de los doctores Bernardino Mariani o el de Adolfo M. López indistintamente, los cuales aunque susceptibles de ser perfeccionados nos han rendido resultados altamente satisfactorios en más de 100 casos.

La técnica es simple y ya ha sido descripta por ambos autores, las molestias disminuyen si se anestesia localmente la mucosa rectal y la próstata a través de ella o si se utiliza la vía peridural; jamás nos ha sido dado observar trastornos consecutivos imputables al procedimiento.

La determinación de las fosfatasas ácida o alcalina del suero sanguíneo como signo importante de diagnóstico, no la hemos utilizado debido a factores ajenos a nuestra voluntad y por lo demás ha sido descartada aún por los autores americanos que en algún momento confiaron en sus cifras. En cuanto a éstas no existe acuerdo entre los diferentes tratadistas. En efecto, Huggins considera el tenor normal de la fosfatasa ácida en el suero, de 4,5 unidades, mientras que Gutman lo estima en 3, Herger en 4, Bulger hasta 6 y en el St. Louis Country Hospital, en 1 a 2 unidades. Por consiguiente hemos de comprender que antes

de que el dosaje de la fosfatasa ácida del suero tenga valor para el diagnóstico del cáncer de la próstata en su período inicial, el más favorable para obtener la cura, debe existir un definitivo acuerdo sobre sus valores normales y esto se desprende por ejemplo de una estadística de Wilhelmi quien en 23 casos de carcinoma de la próstata bien diagnosticados por la biopsia, encuentra valores de la fosfatasa ácida oscilando de 0,72 unidades hasta 14 unidades con todas las cifras intermedias entre ambos valores extremos.

Como decimos previamente, durante mucho tiempo recurrimos a los paliativos conocidos, con los resultados desastrosos que registran todos los especialistas, eligiendo luego la terapéutica hormonal para tratar los primeros enfermos por las modernas vías terapéuticas. Sin embargo, a pesar de que sus sostenedores como Kahle, Burns, Dean, etc., aún últimamente someten a sus pacientes al exclusivo uso del dietilstilbestrol llegando en algunos casos a administrar hasta 1000 miligramos y más, equivalente a 25.000.000 de unidades, a razón de 5 mgrs. por dosis diaria, nosotros hemos abandonado esta técnica exclusiva reservándola para los casos en que no sea posible intervenir quirúrgicamente.

En los primeros 5 casos tratados exclusivamente por la hormonoterapia y en los cuales se llegó a administrar hasta tres y cuatro millones de unidades, si bien los resultados al principio hicieron concebir gran optimismo, pronto nos convencieron que luego de esa buena reacción inicial, a pesar de insistir en la terapéutica, los síntomas reaparecen y la afección temporariamente detenida, reanudaba su curso inflexible (casos N° 8, 9, 10, 15 y 16).

Vistos los resultados obtenidos, resolvimos decidírnos por la intervención quirúrgica, eligiendo para eso un caso verdaderamente grave, que de no responder a dicha terapéutica no nos haría descartarla del todo, pero que en caso de éxito aunque mediano, nos impulsaría a ser por él sólo, sus más entusiastas panegiristas.

Se trataba nada menos que de un profesional, padre de un colega (caso 9), a quien con un proceso datando ya de un año, se le practicó primero, y antes de ser visto por nosotros una serie numerosa de sesiones de radioterapia ultra-penetrante y como sus síntomas se acentuaran y los dolores fueran muy intensos fué necesaria la cistostomía hipogástrica. Visto por uno de nosotros, se comprobó la existencia al tacto, no de un adenoma degenerado, sino de un verdadero carcinoma primitivo, confirmado por la biopsia, con gran postración, anemiado y con intensos dolores sacrolumbares, costales, esternales, etc., que se combatían con 12 a 15 ctgrs. de morfina diarios. Aconsejamos el dioxidietilstilbestrol a dosis de 1,5 a 5 miligramos diarios. La mejoría inmediata fué evidente, disminuyendo el enfermo su morfina a 5 ctgrs. por día. Se le hicieron

unos 150 miligramos, pero, ya a los 2 meses, los dolores reaparecieron y el uso de la morfina se volvió a elevar al tenor primitivo.

Presentaba el paciente aspecto muy grave, con edemas caquéticos y la radiografía ósea reveló lesiones del cinturón pelviano, de la columna vertebral y de las costillas. En tales circunstancias y como recurso extremo aconsejamos la orquidectomía bilateral que se practicó en febrero de 1943 por la técnica de L. W. Riba. Los resultados en este caso fueron realmente asombrosos, pues todos los dolores sufrieron una regresión casi absoluta, los edemas desaparecieron, el apetito mejoró, su peso de 52 kgrs. ascendió a 64 kgrs. y poco a poco abandonó el lecho, reanudando sus actividades sociales y profesionales; la morfina hecha hábito en él, sólo la utiliza antes de cada comida en dosis de 0,01 grs. por decir que estimula su apetito. Completando su operación, se le ha inyectado unos 250 miligramos de dipropionato de dietilstilbestrol y a los 19 meses de su intervención, la mejoría persiste, habiendo regresado sus lesiones óseas y siendo su próstata sólo de mayor consistencia que lo normal.

Este caso que hemos descripto "in extenso" fué para nosotros el estímulo que nos guió en el tratamiento a aplicar en la serie de casos que se atendieron ulteriormente en el Instituto hasta la fecha y que a continuación presentamos en forma sinóptica junto con los anteriores.

Si examinamos atentamente el cuadro que antecede, podemos dividir los enfermos, según el tratamiento a que fueron sometidos. Si algunos aparecen en los primeros lugares con tratamientos que instituímos en el tercer período, se debe a que dichos pacientes pudieron ser seguidos durante un tiempo y alcanzaron a beneficiarse ampliamente de la evolución ocurrida en nuestro criterio terapéutico.

El primer grupo de enfermos comprende aquel tratado con el plan terapéutico antiguo que se reducía a la paliación de los síntomas o a la prostatectomía hipogástrica. Comprende los casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20 y 26, o sea 17 en total.

Los tratamientos fueron variados: en dos de ellos se practicó la prostatectomía; en otros la cistostomía, en algunos la resección parcial de los conductos deefrentes y la colocación de sonda permanente. Regular número de ellos fué pasado al Instituto de Medicina Experimental, pues dado su gravedad, no se podía efectuar tratamiento de ninguna especie y consideramos factible ensayar la irradiación testicular, y por fin los restantes, fueron retirados por sus familiares en estado francamente deplorable.

De algunos de ellos sabemos positivamente que fallecieron y de los demás llama la atención que de ninguno se haya recibido respuesta a la citación o al pedido de noticias que se solicitó de cada uno en forma especial, por lo que es lógico suponer que la gran mayoría han muerto, constituyendo su conjunto

un cuadro realmente desolador y que coincide con el descrito por los autores y tratadistas clásicos.

Al segundo grupo corresponde la terapéutica hormonal sin castración, a la que fueron sometidos los enfermos N° 8, 15 y 16.

El primero, a quien se le había practicado una cistostomía, fué enviado para ser irradiado, pero la roentgenterapia lo agravó bruscamente, resolviendo suprimirla y reemplazarla por el dioxidietilstilbestrol, que si bien al principio alivió algo sus síntomas, no impidió que se caquetizara, falleciendo rápidamente, alcanzando en conjunto a administrarle 50 miligramos.

El N° 15, postrado en cama desde hacía 2 meses, ingresó con su talla hipogástrica, recibiendo de inmediato las inyecciones de dioxidietilstilbestrol. El resultado inmediato, excelente, nos hizo concebir grandes esperanzas, pues pudo abandonar a los 3 ó 4 días el lecho: pero bien pronto, como el alivio disminuyera, sus familiares lo retiraron. Le indicamos continuar el tratamiento y al poco tiempo lo citamos para practicarle la orquiectomía, pero como no contestara a la citación, aún domiciliándose en esta ciudad, deducimos que su caquexia lo llevó al deceso.

El N° 16, hallábase caquético y se le comenzó a tratar con la misma hormona (hasta 50 miligramos), pero en ningún momento se observó reacción favorable, siendo retirado por sus próximos en mal estado. Como no respondiera a la citación, lo clasificamos entre los fallecidos.

Resueltos ya, definitivamente por la orquiectomía complementada por el uso de la hormona, entramos en el tercer grupo de enfermos llegados a nosotros, en el cual se hallan los números: 9, 10, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 y 37 de nuestro cuadro, o sea un conjunto de 18 enfermos. De éstos, 2 solamente se hallaban cistostomizados. A esta altura de la exposición nos parece interesante recordar que Huggins clasifica los tumores prostáticos en dos grupos: Adenocarcinomas y carcinomas indiferenciados. En la serie de 45 casos que estudia este autor en su trabajo "Orquiectomía por cáncer prostático" (1942), recalca que todos los enfermos que fallecieron sin responder al tratamiento (orquiectomía) pertenecían, sin excepción, al grupo de carcinomas indiferenciados. Nuestras observaciones, sin embargo, no confirman, como más adelante se verá, esa relación entre el fracaso de la castración y la naturaleza histológica del tumor.

Portadores de carcinoma primitivos fueron los números: 9, 21, 36 y 37. Los otros presentaban un adenoma con núcleos cancerosos secundarios.

Del grupo de carcinomas primitivos, se obtuvo un resultado muy bueno en los N° 9 (19 meses de operado) y 21 (15 ½ meses). Bueno en el N° 37, y en el 36 por haber fallecido a los 15 días de operado, no pudimos juzgarlo.

Caso	Historia clínica	Biopsia	Metástasis	Hormonas	Cistostomía	Orqui- dectomía	Resultado	Observaciones
1 M	Nº. 51 C.C., 63 a. 17-IX-940	Diagnóstico por examen del órgano adenocarcin.	No	No	Sí y prosta- tectomy 18-X-940	No	† 18-XI-944	Evolución 4 años antes de la operación. Aspecto del adenoma benigno.
2 R	Nº. 151 J.F.S., 70 a.	No: al tacto sospechosa	No	No	Prostatecto- mía y talla- terativa el 29-XI-940	No	Bueno in- mediato. Mediatio malo	Enfermo que no contestó citación. El enfermo tuvo que ser nuevamente cisto- tomizado 7 meses más tarde por mal es- tado general.
3 M	Nº. 306 F. P. 70 a.	Sí: adeno- carcinoma	Vesical	No	No; se co- loca sonda 5-III-944	No	Malo	Pasa al Instituto de Medicina Experimen- tal. (No contestó citación.)
4 M	Nº. 354 A. C., 61 a. 8-IV-941	Sí: adeno- carcinoma	No	No	No: Sonda permanente	No	Mal estado general	
5 M	Nº. 359 M. S., 52 a. 13-IV-941	Sí: adeno- carcinoma	Pelviana	No	No: Sonda permanente	No	Malo	Pasa al Instituto de Medicina Experimen- tal (10-V-1941). (No contestó cita- ción.)
6 M	Nº. 478 B. M., 50 a. 3-VII-941	Sí: adeno- carcinoma	Pelviana	No	No: Sonda permanente	No	Malo	Se retiró sin tratamiento especial. (No contestó citación.)
7 M	Nº. 479 H.E.M., 59 a. 4-VII-941	No	Al trigono vesical	No	No: Sonda permanente	No	Malo	Es retirado por sus familiares en mal estado general. (No contestó citación.)
8 M	Nº. 528 M.C., 67 a. 31-VII-41	Sí: negativa Al tacto muy típica	Pelviana y vesícula se- minal det.	Sí 50 mgrs.	Sí: 10-IX-41	No	Malo † 8-V-942	Al principio mejoría con la hormona, pero luego a pesar del tratamiento, re- cidiva. La radioterapia (7 aplicaciónes) agravó visiblemente, instalándose una caquexia rápida.
9 E	Particular D.A.S., 61 a. 8-VIII-41	Sí: carci- noma	Oseas gene- ralizadas	Sí 150 mgrs.	Sí	Sí: 5-II-942	Muy bueno	Carcinoma verdadero de la próstata. La radioterapia lo caquetizó. La hormona mejoró al principio, la orquidectomía lo mejoró siendo su estado actual muy sa- tisfactorio.

Caso	Historia clínica	Biopsia	Metástasis	Hormonas	Cistostomía	Orqui-dectomía	Resultado	Observaciones
10 E	Nº 513 y 578 J.C., 72 a. 29-VIII-41	Si: adenocarcinoma	No	Si 200 mgs. Al principio buen resultado luego sin efecto	Si: 13-X-941	Si: 7-IV-943	Muy bueno	Mejoró al principio con el stilbestrol; luego la evolución obligó a la castración. Estado actual óptimo. Trabaja regularmente en oficina pública. Próstata muy disminuida de volumen y de consistencia algo aumentada. Sigue con hormonas.
11 R	Nº 716 y 961 J.J.N., 65 a. 18-XI-41	Si: posible adenocarcinoma	No	No	Si y prostatectomía 1-VI-942	No	Regular	No contestó citación ni se le pudo seguir.
12 M	Nº 966 y 1126 E.R., 74 a. 24-IV-42	Si: posible adenocarcinoma	No	No	Si: 6-IX-42	No	Malo	
13 ?	Nº 974 O.A., 64 a. 30-IV-42	No	Si: hacia vesículas seminales	No	No	No	Se ignora	El enfermo se hallaba en mal estado y se retiró sin aviso del Instituto. (No contestó citación.)
14 ?	Nº 1069 L.F., 86 a. 15-V-942	No	No	No	No; se le practicó va- sectomía y sonda per- manente	No	?	Enfermo con senilidad, manifiesta nulidad mental. Lo retira la familia.
15 R	Nº 1167 J.M.R., 62 a. 11-IX-42	No; Pero tipica al tacto	No	Si 50 mgrs.	Si, antes de su ingreso X-941	No	Bueno al principio luego recaída	Enfermo que ingresa caquético. La hormona le produce una mejoría inmediata, pero los signos se reinstalan y abandona el Instituto. (No contestó citación.)
16 M	Nº 1135 J.P., 66 a. 26-VIII-942	No; Tipica al tacto	Pelviana	Si 50 mgrs.	No	No	Malo	El enfermo se hallaba en mal estado general y no reaccionó a la hormona, siendo retirado por sus familiares. (No contestó citación.)

Caso	Historia clínica	Biopsia	Metástasis	Hormonas	Cistostomía	Orqui-dectomía	Resultado	Observaciones
17 ?	Nº. 1348 P.J., 66 a. 27-VII-42	No: Tipica al tacto	No	No	No Sonda per- manente	No	?	El enfermo ha entrado al Instituto en estado de caquexia avanzada y es retirado casi de inmediato por sus familiares. (Evolución 10 meses.)
18 M	Nº. 1472 J.D., 72 a. 20-III-43	No Tipica al tacto	Pelviana	No	Si 17-III-43	No	† 6-5-43	Los exámenes humorales, dando un grave estado general, no autorizaron la castración.
19 M	Nº. 1499 C.M., 73 a. 29-III-43	Si: Adeno- carcinoma	No	No	No Sonda permanente	No		Evolución de la enfermedad: 2 años con úrea sanguínea de 2.20 gts. Sus familiares lo retiraron en semicoma.
20 M	Nº. 1555 A.S., 82 a. 25-V-43	No	Pelviana	No	No Sonda permanente	No		Abandona el servicio en retención completa y con sonda; en mal estado general y senilidad.
21 E	Nº. 1632 C.C., 61 a. 17-VI-43	No: Tipica al tacto como carci- noma puro	Oseas gene- ralizadas: Tórax pel- vianas y vertebrales	Si: post- opera- torio 60 mgrs.	No	Si: De ur- gencia 18-VI-43	Mediatos e inmediatos muy buenos	Enfermo con dolores radiculares que no calmaban con la morfina, casi caquético, se castró de urgencia. Sus metástasis casi totalmente desaparecidas. Próstata con sus núcleos indurados desaparecidos. Hace ahora trabajos rudos.
22 B	Nº. 1721 A.V., 67 a. 20-VIII-43	Si: Adeno- carcinoma	No	Si: post- opera- torio 60 mgrs.	No	Si: 23-VIII-43	Inmediato: muy bueno Mediato: muy bueno	Evolución 1½ años, con retención de 300 c.c. Actualmente 30 c.c. Próstata casi normal, salvo ligera dureza en lóbulo izquierdo, continúa con hormona.

Caso	Historia clínica	Biopsia	Metástasis	Hormonas	Cistostomía	Orqui-dectomía	Resultado	Observaciones
23 B	Nº. 1740 J.L.B., 74 a. 27-VIII-943	Si: Adeno- carcinoma	Pelviana	Si: post- opera- torio 80 mgrs.	No	Si: 15-IX-943	Muy bueno	Retención 700 c.c. Azobemia 1.10 grs. Actualmente: Retención 40 grs. Azobemia 0.60. Lesiones no muestran involución.
24 M	Nº. 1829 M.M., 64 a. 18-X-943	Si: Adeno- carcinoma	Pulmonares bilaterales	Si: post- opera- torio 8 mgrs.	No	Si: 23-VIII-43	Urológico excelente. † por sus metástasis pulmonares	Evolución 8 meses. Retención 300 c.c. y luego completa. Al retirarse del ser- vicio 30 c.c. de retención. Síndrome uri- nario desaparecido, pero las metástasis pulmonares progresan a pesar de la hor- mona y fallece el 30-XI-943 con miccio- nes normales.
25 B	Nº. 1765 E.F., 60 a. 9-IX-943	Si: Adeno- carcinoma	Vesícula seminal derecha	Si: post- opera- torio 60 mgrs.	No	Si: 17-IX-943	Inmediato bueno. Mediato: muy bueno	Evolución 2 años. Retención completa desde 4 meses. Luego residuo de 600 que disminuye progresivamente a 80 c.c. Le- siones prostáticas en franca regresión.
26 M	Nº. 1810 J.A., 78 a. 5-X-943	No	No	No	No Sonda permanente	No	Muy malo	Se trata de un enfermo caquético, al que una vez colocada sonda permanente lo retira su familia.
27 M	Nº. 1152-1915 J.G., 67 a. 4-IX-942	Si: Adeno- carcinoma	No	Si: pre- opera- torio 100 mgrs.	No	Si	Malo	Enfermo tratado con hormonas, mejora su síndrome urinario, por no aceptar operación. Pero los síntomas recidivan y el estado hormonal muy malo. Fallece 2 meses después de la castración en coma urémico y retención 150 c.c.
28 R	Nº. 1726 y 1949 F.A., 61 a. 24-VIII-943	Si: Adeno- carcinoma	No	Pre y post operat.	No Resección transuretral	Si	Regular	La enfermedad tiene 3 meses de evolución. Se trata de carcinoma en un lóbulo me- diano. Con hormonas y resección trans- uretral, ligera mejoría. Después de la castración la mejoría es mayor.

Caso	Historia clínica	Biopsia	Metástasis	Hormonas	Cistostomía	Orqui- dectomía	Resultado	Observaciones
29 E	N.º 1883 G. di S., 72 a. 18-XI-43	Si: Adeno- carcinoma	Vesícula seminal (derecha)	Si: post- opera- torio	No	Si: 3-XII-43	Muy bueno	Evolución 1 año. Retención completa. A los 27 días de operado 130 c.c. a los 5 meses 50 c.c. Disminución de los sig- nos palpatorios.
30 E	N.º 1901 F.C., 74 a. 29-XI-43	Si: Adeno- carcinoma	Vesículas seminales	Si: post- opera- torio	No	Si: 15-XII-43	Inmediato y mediato, muy buenos	Evolución 3 años. Retención completa; luego 50 c.c. y orina espontáneamente. A los 4 meses. desaparición de las zonas induradas.
31 M	N.º 1916 L.F.L., 60 a. 6-XII-43	Si: Adeno- carcinoma	No	Post operat. 70 mgrs.	No	Si: 27-XII-43	Regular inmediato y luego malo + 2 meses después de la operación	1 año de evolución: retención completa. Recupera sus micciones, pero presenta hematurias y muere en uremia.
32 ?	N.º 2055 L.R., 75 a. 1-III-44	Si: Adeno- carcinoma	No	No	No	Si: 8-IV-44	+ Fallece a los 12 días por síncope cardíaco	Evolución 2 años. retención 150 c.c. Mejoría post-operatorio de los síntomas.
33 M	N.º 2053 P.P., 63 a. 1-VI-944	Si: Adeno- carcinoma	Si: vertebrales y hepáticas	Si: 30 muy pre y 20 muy post operat.	No	Si: 19-VI-44	Muy malo	Evolución 1½ años. hematuria y reten- ción completa. Estado general malo. No mejora en ningún concepto y es retirado en coma por sus familiares el 13-VII- 1944.
34 E	N.º 2002 E.S., 59 a. 30-III-44	Si: Posible adenocarcin. metaplásico	No	Si: Pre y post operat.	No	Si: Espont. por fusión purulen- ta del test. unio. 4-V-44	Muy bueno	Enfermo con castración izquierda hace 5 años por trauma. Síntomas radicales hematuria, disuria y retención desde 3 meses. Hace una orquitis aguda derecha que lo lleva a la fusión purulenta y eliminación de su testículo restante y los síntomas desaparecen totalmente. Al tacto lesiones transformadas.

Caso	Historia clínica	Biopsia	Metástasis	Hormonas	Cistostomía	Orqui-dectomía	Resultado	Observaciones
35 E	Nº 2078 V.M., 73 a 16-III-944	Si: Adenocarcinoma	No	Si: Post operat.	No	Si: 3-IV-44	Muy bueno	Enfermo que se operó en retención completa: El 12-V-1944. Micciones normales. Retención 30 c.c.
36 ?	Nº 2151 J. M. 58 años	Si: Epitelioma para-queratósico por metaplasia prost.	Si: En región carotídea	No	No	Si: 8-V-44	Regular inmediato por ileus paralítico 21-V-44	Evolución: 5 meses. Retención 130 c.c.
37 B	Nº 2300 A.B., 71 a. 15-VII-44	Si: carcinoma	No	Si: Post operat. 40 mgrs.	No	Si: 12-II-44	Inmediato bueno. Mediato regular	Enfermo que mejora los 4 primeros meses, pero luego recidivó de sus síntomas. Se retira del Instituto, indicándosele fuertes dosis de hormona.

RESULTADOS GENERALES

1er. Grupo: 17 casos		20. Grupo: 3 casos		3er. Grupo: 18 casos	
Excelentes	Porcentaje	Excelentes	Porcentaje	Excelentes	Porcentaje
0	0	0	0	7	38,89
0	0	0	0	4	22,22
2	11,76	1	33,33	1	5,56
12	70,59	2	66,66	4	22,22
3	17,65			2	11,11
Sin determinar		Resultados:		Tiempo transcurrido desde que se practicó el tratamiento en los 11 casos en que observó evolución satisfactoria.	
		Nota: E) Excelente B) Bueno C) Regular M) Malo ?) Ignorado		Caso No. Particular Tiempo transcurrido	
				9	Particular 19 meses
				10	513 y 578 18 »
				21	1632 15 1/2 »
				22	1721 12 1/2 »
				23	1740 12 1/2 »
				25	1765 12 1/2 »
				29	1883 11 »
				30	1901 10 1/2 »
				34	2002 5 »
				35	2078 7 »
				37	2300 8 »

Los enfermos con adenoma degenerado, resultaron todos desde el punto de vista histológico, adenocarcinomas.

Se obtuvieron buenos resultados en los siguientes: N° 10 (18 meses de operado), 22 (13 ½ meses), 23 (12 ½), 25 (12 ½), 29 (11 meses), 30 (10 ½ meses), 34 (5 meses).

Resultado malo, en los N° 27 y 31.

El N° 32 fallece por síncope cardíaco a los 12 días de operado, razón por la que no podemos juzgarlo.

Del grupo de orquiectomizados sabemos positivamente que viven 11, oscilando el tiempo de operados desde 19 meses hasta 3 meses. De ellos, 9 se hallan en estado que podemos llamar confortable (50 %) y 2 (11,1 %) en regular estado, pero reciben dosis masivas de hormona.

De estos enfermos, algunos tenían metástasis óseas y otros hacia las vesículas seminales o pelvianas. Se observó regresión de las lesiones metastásicas y locales en forma franca en los enfermos N° 9, 10, 22, 25, 29 y 30.

De los enfermos fallecidos, el 24 lo fué por sus metástasis pulmonares, pero habiendo obtenido normalización de sus micciones: el 27, por uremia y no mejoró en ningún momento; el 31, también por uremia, no habiendo mejorado por el tratamiento; el 32, fallece por síncope cardíaco y observó mejoría inmediata de los síntomas; el 33, después de operado presenta signos metastásicos vertebrales y hepáticos, falleciendo en coma; el 36, fallece por ileus tardío post operatorio, habiendo experimentado escasa mejoría de sus síntomas.

Expuestos así en detalle los casos por nosotros tratados, es lógico que pretendamos poder anticipar un pronóstico en nuestros operados. Existen al respecto algunos factores discutidos por los clínicos y experimentadores que pasamos a analizar.

Ya hemos mencionado y descartado al principio el valor de la fosfatasa ácida como signo de diagnóstico de precisión del carcinoma prostático, pero si bien es cierto que aún no es posible acreditarle importancia desde dicho punto de vista, no es lo mismo si se lo considera como índice de pronóstico y en eso están de acuerdo casi todos los que han escrito al respecto.

En efecto, el descenso de las cifras de la fosfatasa ácida después de la castración, puede considerarse como un índice de pronóstico favorable, como lo demuestran en sus importantes y detallados trabajos, Sullivan, E. B. y A. B. Gutman, y Wilhelmi más tarde.

La castración, aún en enfermos con metástasis, produce una rápida caída de la fosfatasa ácida del suero; a menudo detenida en la tercera semana temporariamente y hasta acusando un ligero aumento que no llega al tenor primitivo, seguida luego por un descenso, hasta que a los 2 ó 3 meses se obtiene un equilibrio bajo, estable.

Es decir pues, que si bien es cierto que la cifra absoluta de la fosfatasa ácida del suero es de escaso valor diagnóstico, en cambio sus cifras relativas parecen tener notable importancia pronóstica.

Algunos autores consideran como factor desfavorable el hecho de que los testículos extirpados acusen un peso menor de 20 gramos cada uno, por considerar entonces que las hormonas extragonadales continuarán ejerciendo su influencia después de la operación. Aducen que en los testículos de poco peso, el estroma seminífero ha sido reemplazado por tejido grasoso y conjuntivo y en consecuencia el órgano aportando poco andrógeno al organismo no obstante la presencia de células intersticiales, no debe ser el principal sostenedor del carcinoma.

En otras palabras, que debe aceptarse en esos casos la presencia de andrógenos de otro origen, especialmente los adrenales, sobre los que carece de influencia la castración.

Debemos declarar a este respecto, que consideramos elevado el peso de 20 grs. asignado a cada testículo por Huggins y sus colaboradores. Sappey, Testut y otros anatomistas y nuestras propias investigaciones realizadas sobre cadáveres frescos de sujetos de diversas edades fallecidos por afecciones extragenitales, coinciden en una cifra aproximada de los 16 grs. para cada unidad testicular desprovista de sus envolturas.

Nosotros practicamos la castración siguiendo las técnicas de Riba o Chute, es decir por la vía subalbugínea, y hemos procedido a pesar la sustancia seminífera extraída de nuestros enfermos portadores de cáncer prostático, obteniendo resultados variables, desde 7 gramos (Nº 27) hasta 16 gramos (Nº 31) por testículo, pasando por pesos intermedios. De acuerdo con la experiencia que hemos recogido deducimos que no es terminante para establecer un pronóstico absoluto la base del peso testicular, ya que si bien en general los enfermos de parénquimas pesados han evolucionado mejor, las excepciones a la regla han sido numerosas.

En los casos observados por nosotros la regresión de las lesiones primitivas (tumor prostático) constituyó en general un signo de pronóstico favorable y lo hemos obtenido en gran número de los enfermos que evolucionaron satisfactoriamente.

Sorprende en efecto, observar en esos pacientes los cambios ocurridos en el carácter del neoplasma, que a los pocos meses de la castración presenta un tipo palpatorio absolutamente normal, en tanto que en otros, las irregularidades desaparecen, presentando sólo una mayor consistencia del órgano o disminución de volumen y de dureza de los núcleos. Otros sin embargo no ofrecen cambio alguno a pesar del alivio de todos los síntomas.

Con respecto a las metástasis, a pesar de que los autores norteamericanos

han visto la regresión de metástasis, tanto óseas como orgánicas, en nuestros siembras óseas (Nº 9 y 21) y no ocurrió en el único portador de metástasis pulmonares (Nº 24) que tuvimos oportunidad de observar, en el que aumentaron, ocasionando su deceso.

Algunos investigadores sin embargo, relatan casos en los cuales, después de la orquiectomía, se observó disminución de los signos físicos locales coincidiendo con un aumento notable en la intensidad de las metástasis y fracaso consiguiente de la terapéutica instituída. Al tratar de explicar este extraño fenómeno, dice Huggins: "Parece que en ciertos enfermos, el asiento del cáncer prostático en la médula ósea o ganglios linfáticos, por metástasis, es más favorable que la localización primitiva: es posible que los macrófagos adyacentes faciliten la extracción de elementos nutritivos esenciales tales como los andrógenos, de los fluidos orgánicos, con el fin de mantener las condiciones nutritivas de las metástasis cancerosas".

Es en los síntomas dolorosos donde más sorprende es el efecto del tratamiento y hasta ahora las explicaciones ofrecidas resultan insuficientes para explicar un cambio tan notable que no pueden alcanzar ni los opiáceos a grandes dosis: y ese es uno de los mayores beneficios que obtienen estos enfermos que tanto llegan a sufrir.

Después son los signos urinarios, tales como disuria, polaquiuria, hematuria, los que mejoran grandemente con la castración, ya sea de inmediato o ya luego de un corto tiempo de su ejecución. Asombra ver que enfermos portadores de un gran adenoma degenerado alivian de sus síntomas urinarios en forma tal, que sólo por excepción en nuestros últimos casos ha sido necesario practicar la cistostomía.

En definitiva podemos afirmar que el porvenir de estos pacientes absolutamente sombrío hace unos años, ha sido reemplazado por una atmósfera llena de esperanzas en la actualidad, gracias especialmente a las importantes contribuciones científicas de los autores norteamericanos Huggins y Kahle y sus colaboradores: y si bien debe admitirse que aún no se ha alcanzado un resultado absoluto, estamos seguros de hallarnos en el camino del tratamiento racional de esta afección nefasta por sus consecuencias y despiadadamente cruel en sus manifestaciones subjetivas.

BIBLIOGRAFIA

1. Huggins C., Scott W. W., and Hodges C. V.: "Studies on Prostatic Cancer". Journ. of Urology: 1941. V. 46. p. 997.
2. Munger A. D.: "Treatment of carcinoma of prostate with irradiation of testicles". Journ. of Urology: 1941. V. 46. p. 1.007.

3. *Kable P. J., Ogden H. D., and Getzoff P. L.*: "The treatment of carcinoma of the prostate gland with diethyl stilbestrol and diethyl stilbestrol dipropionate". *The Urol. and cutaneous Review*; october 1942, p. 619.
4. *Marquadt Ch. R., and Flaherty W. A.*: "Carcinoma of the prostate gland with special reference to endocrine treatment". *The Urol. and cutaneous Rev.*; june 1942, p. 343.
5. *de Vries J. K.*: "The differential diagnosis of carcinoma of the prostate with skeletal metastases and osteitis deformans". *Journ. of Urology*; 1941, V. II, p. 981.
6. *Satterthwaite R. W., Hill J. H., and Packard E. F.*: "Experimental and clinical evidence on the role of the 17 Keto-steroids in prostatic carcinoma". *Journ. of Urol.*; 1941, V. II, p. 1149.
7. *Herger Ch. C., and Sauer H. R.*: "Relationship of serum acid phosphatase determination to presence of bone metastases from carcinoma of prostate". *Jour. of Urol.*; 1941, V. II, p. 286.
8. *Orr L. M., Shaw E. C., Lowsley O. S., and others*: "Discussions about carcinoma of the prostate". *Journ. of Urol.*; 1941, V. II, p. 1012.
9. *Riba, L. W.*: "Subcapsular castration for carcinoma of prostate". *Journ. of Urol.*; 1942, V. 48, p. 384.
10. *Dean A. L., Woodard H. Q., and Twombly G. H.*: "The endocrine treatment of cancers of the prostate". *Journ. of Urol.*; 1943, V. 49, p. 108.
11. *Strachstein A.*: "Carcinoms of the prostate". *Journ. of Urol.*; 1943, V. 49, p. 118.
12. *Tolson H. L.*: "Non mutilating castration for the relief of prostatic carcinoma". *Journ. of Urol.*; 1943, V. 49, p. 125.
13. *Wilhelmí O. J.*: "Carcinoma of prostate". *Journ. of Urol.*; 1943, V. 50, p. 341.
14. *Kahle P. J., Schenken J. R., and Burns E. L.*: "Clinical and pathologic effects of diethylstilbestrol and diethylstilbestrol dipropionate on carcinoma of the prostate gland". *Journ. of Urol.*; 1943, V. 50, p. 711.
15. *Huggins Ch.*: "Efecto de la orquiectomía y la irradiación sobre el cáncer de la próstata". ("American Surgical Association". Cleveland, Ohio, abril 1942 y reproducido en los "Annals of Surgery". Ph. junio 1942).

DISCUSIÓN

Dr. Trabucco. — *Es muy interesante el tratamiento del carcinoma de próstata por castración y estrógenos, pero no debemos olvidar este hecho que es de capital importancia el carcinoma de próstata es uno de los carcinomas de evolución más lenta que existe en la economía.*

En la era pre-hormonal —por llamarla así— era dable observar enfermos que con la simple talla vivían 4, 6 y hasta 10 años; con la simple acción de la talla, el carcinoma reducía su tamaño, estableciéndose así un compás de espera en la evolución del proceso, hasta tanto se producía la muerte.

El portador de carcinoma prostático muere en el 90 % de los casos por su insuficiencia renal y no por su carcinoma. Esto no quiere decir, que la acción de la castración no deje de ser beneficiosa.

Nosotros, en la cátedra del doctor Castaño, desde 1941, seguimos a todos aquellos enfermos de carcinoma a quienes hemos hecho la castración y a quienes

hacemos sistemáticamente 50.000 unidades diarias de estrógeno, generalmente sintético. No recuerdo exactamente en este momento el número de enfermos así tratados, pero lo calculo en unos 50 en esos 4 años.

A estos enfermos, les hacemos biopsias sistemáticamente: la biopsia inmediata; la biopsia a los tres meses, al año, etc., y desgraciadamente, no hemos visto todavía resultados brillantes de curación de carcinoma, salvo en dos casos, a quienes se les ha sorprendido precozmente un adeno-carcinoma; en esos casos, el tamaño se ha reducido y la biopsia posterior a los 3 meses, no nos ha dado imágenes adeno-carcinomatosas, lo que no quiere decir, que no exista. El tamaño se ha reducido, pero todavía no podemos afirmar la curación.

En todos los demás casos, ha habido una transformación celular del carcinoma; la célula se ha vaporizado; la célula se ha envejecido pero no ha curado de ninguna manera. El carcinoma de próstata existe. La curación la veremos recién después de 4 ó 5 años, si es que el enfermo sobrevive, pero antes no se puede hablar de curación del carcinoma, porque con la simple talla como paliativo, el carcinomatoso vive 4 ó 5 años.

La explicación del porqué se reduce la próstata cuando se castra al individuo, y el porqué mejoran los síntomas, es muy simple; es un hecho de medicina experimental. Si a un animal de cualquier especie, perro, gato, conejo, etc., se le castra de un lado, al poco tiempo, veremos la reducción de todo el aparato genital que depende de ese testículo. Hay una sinergia funcional: testículo, epidídimo, vesícula seminal. Creo que eso debe pasar en el carcinoma de próstata.

Ese primer caso que nos traen en su trabajo los doctores Figueroa Alcorta y Gorodner, en que el traumatismo reduce a la mitad el carcinoma, confirmaría ese hecho de medicina experimental, pero el carcinoma persiste, no cura, la célula carcinomatosa no desaparece.

En cuanto a la reducción de metástasis óseas, si no tenemos una prueba por biopsia de lo que se produce en el hueso y de lo que existe en el hueso, si no se procede a la aspiración de ese hueso, no se puede afirmar todavía la presencia de metástasis en ese hecho.

Es indudable de que puede existir una relación íntima de acción testicular hacia el carcinoma de próstata. Al fin de cuentas, ¿qué es la producción del cáncer en sí? Un desequilibrio celular. Se han hecho descubrimientos acerca de productos químicos que provocan el cáncer. No sería raro que un aporte hormonal pueda desencadenar un carcinoma localizado en la próstata y que al sacarle ese equilibrio puede entrar dentro de lo normal atrofiando el órgano. Creo que hasta el momento, no podemos hablar de curación, aunque sí de mejoría. Se actúa, no sobre el carcinoma, sino sobre esa acción sinérgica; hay reducción de la masa tumoral y disminución de los procesos neuríticos que puede producir el carcinoma.

Dr. Schiappapietra. — *Es indudable que no se puede hablar de curación del carcinoma de próstata, pero los resultados son tan tentadores y numerosos, que bien vale la pena seguir este tratamiento.*

El doctor Pagliere, hace dos años, presentó a su primer operado por este procedimiento de la castración. La primer histología se hizo por estudio de la resección trans-uretral, como tratamiento de ese prostático que era diagnosticado como un carcinoma de próstata. Ese caso fué presentado a esta Sociedad, con una segunda biopsia hecha seis meses después, donde la histología no pudo encontrar las mismas lesiones que había encontrado antes de la orquiectomía.

Voy a adelantar un caso que es muy interesante. Se trataba de un tumor prostático infiltrado, cuya histología confirmó ser un adeno-carcinoma de próstata. Se hizo la ectomía y vimos reducir toda su infiltración: quedó una lesión puramente adenomatosa, y próstata grande, por supuesto. Se hizo la ectomía por vía trans-vesical; se hizo el estudio histológico de la pieza y no se pudo confirmar ninguna lesión degenerativa. Entre la primera y la segunda biopsia hay siete meses de diferencia; vale decir, que en esos siete meses, la ectomía redujo la lesión degenerada y no redujo el adenoma. Esa es una experiencia última entre los enfermos que hemos tratado.

A medida que el tiempo pasa y que la experiencia es mayor, uno se encuentra con casos demasiado ingratos, donde la regresión no es tan notable. A veces, hallamos que la ectomía y la hormonoterapia da regresiones muy cortas.

Dr. Bernardi. — A propósito de lo que dice el doctor Trabucco, debo manifestar, que desde el punto de vista experimental es muy cierto que la castración en el adenoma de próstata mejora a los enfermos.

White y otros, a fines del siglo pasado, ya quieren poner de manifiesto la relación que existe entre el testículo, la próstata, etc.

En cuanto a la castración, ya Randall utiliza hace más o menos 9 años, este procedimiento en 6 ó 7 casos de carcinoma de próstata, basado en estos estudios y demostró que todos esos casos fueron muy malos. Randall, en su interesante trabajo, llama la atención sobre estos casos para evitar que "una verdadera ola de castración invada todo el mundo", porque es muy común que estos trabajos urológicos pasen al mundo médico no especializado y se realicen castraciones, que no tienen ninguna base científica.

No hay que olvidar de que Huggins habla de realizar castraciones sólo en los carcinomas inoperables. Es muy común que se presenten estadísticas de carcinomas de próstata que pueden ser operados de otra manera.

En las últimas reuniones de la Sociedad Americana de Urología, se destaca que el verdadero tratamiento quirúrgico del carcinoma es el que preconizó hace unos años, Young, es decir, por vía perineal, cuando el enfermo está en condiciones de ser operado. Según uno de sus últimos trabajos, Young ha obtenido

un 50 % de curaciones con la prostatectomía por vía perineal en el carcinoma operable.

Huggins, pues, se refiere a la castración como procedimiento para ser utilizado en el carcinoma inoperable. El carcinoma operable para ser curado, según Young, debe ser intervenido por vía perineal.

Sr. Presidente Dr. García. — Nuestra experiencia en esta materia es muy vasta. Intervenimos todos los carcinomas operables, a pesar de la certeza del diagnóstico. En algunos casos, se ha llevado a cabo la castración secundaria; en otros, no.

En cuanto a lo que manifiesta el doctor Trabucco, quiero agregar como contribución a esta interesante comunicación de los doctores Figueroa Alcorta y Gorodner, dos casos, que llevan unos años de evolución, en que, a raíz de la castración ha habido una mejoría grande de los síntomas generales, pero no así de los síntomas urinarios. Los enfermos han continuado siendo retencionistas y hemos tenido que recurrir a la resección endo-uretral con el sacabocados y en el estudio histopatológico hecho por el doctor Monserrat, se ha comprobado que el tumor persistía con los mismos caracteres de malignidad. Se completa así el tratamiento general y local. El tumor a regresado parcialmente, pero persiste.

En cambio, en un caso que el doctor Castaño conoce, fué tan extraordinario el cambio local y general que pudo retirarse la sonda de drenaje hipogástrico a los dos o tres meses de castrado y el enfermo, hoy, a los 8 meses, continúa clínica e histológicamente sano.

Mi propósito es incluir para una de las sesiones de fin de año, este tema, para que se puedan traer aquí los resultados de todos los servicios de urología, muy especialmente de aquellos que están dirigidos por consocios, a fin de poder formarnos un criterio personal sobre la experiencia local en un tema, que, por su actualidad y como lo dice bien el doctor Gorodner, merece una consideración especial por la esperanza que significa el tratamiento de una enfermedad tan ingrata.

Si se llegara a realizar algunas reuniones en Córdoba o en Rosario, como se tiene proyectado, éste podría ser uno de los temas a considerarse, en forma de síntesis casi estadística.

Dr. Gorodner. — En cuanto a las palabras que acaba de manifestar el doctor García, en el sentido de solicitarnos los resultados de nuestros servicios urológicos acerca de esta enfermedad, nosotros quizá nos hayamos anticipado.

Para contestar a los doctores Trabucco, Bernardi y Schiappapietra, les recuerdo que en la estadística que traje, figuran los resultados que pueden ser: excelente, bueno, regular y malo. A aquellos enfermos que los perdemos de vista y que los marcamos con un interrogante, los consideramos como fallecidos.

Lo que es evidente es que tenemos algo en nuestras manos que quizá nos permita llegar a la curación definitiva de estos enfermos de carcinoma de próstata.

En respuesta al doctor Schiappapietra, también, debo decirle que yo he tratado dos casos de carcinoma, que eran extirpables —no en los cuales uno introduce el dedo y encuentra adherida la próstata al recto—, con pequeños núcleos, casi no adherentes: allí no se ha efectuado la castración. Se les suministra dosis masivas de hormonas a la espera de que si persisten los síntomas, de hacer la castración secundaria. Todos estos casos que se presentan son muy malos; en otros casos, hemos tenido que someter a los pacientes a la talla.

Considero que la comunicación que presento en colaboración con el doctor Figueroa Alcorta, coincide con todo lo manifestado por los señores colegas que han intervenido en la discusión, en el sentido de que esto no se trata de ninguna panacea. La que traemos aquí, es la exposición llana y sincera de todo lo que ha ocurrido en nuestro servicio, con casos fatales y con algunos en los cuales el resultado ha sido bueno, lo que nos incita a seguir adelante.

Sr. Presidente Dr. García. — Mi propósito, lo repito, es tratar ese tema en una sesión próxima.

Dr. Trabucco. — Podría ser en la sesión de diciembre.

Sr. Presidente Dr. García. — Si se lleva a cabo la proyectada reunión científica en Córdoba o en Rosario, se podría elegir como uno de los temas, los resultados que se obtienen en esta enfermedad con ese procedimiento.

Dr. Trabucco. — Por tratarse de un tema tan interesante y de tanta actualidad, bien valdría la pena que se lo considerara en una sesión completa, como tema único.

Sr. Presidente Dr. García. — Este es el fin que nos proponemos. Si efectuamos una reunión en Córdoba o en Rosario, se harán tres o cuatro sesiones y una de ellas podría ser dedicada exclusivamente al aporte de los resultados obtenidos a través de los distintos servicios.

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urologia

Condiciones de suscripción por un año:

Capital e Interior	\$ 30.00
Exterior	„ 40 00
Número suelto (para el país).....	„ 6.00
„ atrasado (para el país)	„ 7.00

A los Autores y Casas Editoras

Anunciamos todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares o la índole de la obra lo requiere.

Tous les ouvrages dont nous recevons un exemplaire seront annoncés dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.

All the works of which we receive a copy will be advertised in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

Von allen eingesandten Werken wir werden Referate in unserer Monatschrift veröffentlichen. Bei Erhalt von zwei Exemplaren bringen wir eine Besprechung, jedoch auch, mit nur ein Exemplar, wenn das Werk von grösserer Bedeutung ist.

Tutte le pubblicazione che riceveremo, saranno annunciate nella nostra rivista, ma quando ci si rimette due esemplari, o il carattere dell'opera lo richiede, scriveremo un articolo de critica.
