

LA BIOPSIA EN LA PROSTATA

Por el Dr. ROBERTO A. RUBI

La difusión adquirida por los nuevos métodos de tratamiento del carcinoma de la próstata, ha actualizado de hecho el tema de la biopsia de los tumores de dicha glándula.

Ya en las sesiones del 13 de abril de 1926 y 19 de noviembre de 1936, Astraldi presentó sendas comunicaciones al respecto. En ellas historia las dificultades diagnósticas que indujeron a Legueu a confiarle el estudio del tema y la solución parcial, por él hallada, en la biopsia prostática por vía transrectal.

Esas dificultades subsisten en la actualidad, ya que ciertos procesos inflamatorios crónicos —en determinadas circunstancias— pueden inducir en error.

Desde luego, el caso avanzado con lesiones evidentes, no plantea dificultades diagnósticas, a no ser con la celulitis leñosa periprostática, proceso de evolución crónica silencioso en su comienzo y que en el período de estado se caracteriza por un elemento subjetivo (trastornos obstructivos que llevan al paciente al médico) y otro objetivo (tacto rectal, que revela una masa dura, fija, irregular, prolongada hacia arriba a la región vesicular, de consistencia pétrea o leñosa, que toma en apariencia el aspecto de la clásica cabeza de toro que Surraco asigna a los neoplasmas invasores de la próstata. Las dificultades son a veces insalvables para llegar al diagnóstico, al extremo de que Oraison aconseja no pronunciarse "d'emblée" y espera que la evolución ulterior aclare las dudas; opinión compartida por todos los autores que se han ocupado del asunto. En lugar de ese compás de espera no resulta más lógico y expeditivo aconsejar una biopsia de la próstata?

En la iniciación de la enfermedad o en el período de estado, la situación resulta diferente, según cual sea el punto de partida del carcinoma, susceptible de desarrollarse a expensas de la glándula prostática o del adenoma

que le acompaña a veces. Clínicamente resulta, en ocasiones, difícil establecer un diagnóstico diferencial entre el tumor y algunas reacciones inflamatorias de evolución torpida, que a diferencia de la celuitis leñosa, periprostática descrita anteriormente, tienen el carácter de estar circunscriptas ya sea a la glándula en sí (prostatitis crónica) o al adenoma que ella albergue (adenoma infectado crónicamente).

Asignarle a cualquiera de estos procesos inflamatorios un carácter de malignidad, puede acarrear consecuencias enojosas si se opta con el criterio actual— por llevar al paciente a la castración quirúrgica.

Y como el error cabe, resulta menester ratificar el diagnóstico con la biopsia, salvo aquellos casos en que la difusión metastásica nos exima de toda duda.

Vías de acceso: De las distintas vías de acceso preconizadas para efectuar la biopsia de la próstata descartamos:

1º *la endoscópica.* — Por razones obvias (desarrollo tumoral predominante en la parte posterior de la glándula e invasión vesical tardía, en un período evolutivo en que la biopsia huelga).

2º *La vía hipogástrica.* — Transvesical: la hemos utilizado por excepción en aquellos enfermos que llegaban en retención crónica —con distensión a veces—. Se aprovecha la cistostomía para extirpar los mamelones o brotes trigonales resultantes de la expansión vesical del tumor prostático. Trátase de una vía de acceso excepcional, pues la resección transuretral ha relegado a un segundo plano a la cistostomía de derivación.

Nos quedan por considerar las vías *perineal* y *rectal*.

a) *Por la primera* se llega a la próstata a través de una perineotomía mediana (Marion) o curvilínea (Proust-Albarran) y también se alcanza por simple punción con aspiración o sin ella.

Los que hayan realizado el abordaje prostático por cualquiera de las incisiones citadas, estarán conmigo en lo excesivo de la intervención si se tiene en cuenta el motivo de la misma. De allí que los adeptos de la vía perineal opten por la punción, para la que existen aparatos adecuados como los de Lowsley o de Hoffman. A falta de ellos hemos realizado la punción con una aguja de punción lumbar gruesa y obtenido el material a estudiar por simple aspiración.

Hemos tropezado con la dificultad de localizar exactamente el extremo distal de la aguja, ya que entre ella y el dedo que palpa se interpone un espesor más o menos considerable de un tejido duro, de consistencia leñosa.

El fracaso fué frecuente, en contradicción con las cifras optimistas de Fergusson, que sobre 65 punciones obtuvo el 75% de biopsias positivas.

b) *Por la vía rectal* se llega más directamente a la zona afectada. Astraldi fué el primero en proponerla, basado en la inocuidad de la punción transrectal con fines terapéuticos como lo realizara Matta para el tratamiento de las prostatitis crónicas. Hecho de observación confirmado por Albuquerque, que intervino muchos enfermos por esta vía, sin sufrir accidente alguno, y por Cabral D'Almeida, que realizó más de trescientas punciones sin la menor complicación (1er. Cong. Brasil. D'Urol.).

Desde las primeras punciones (año 1926 a la fecha) no se ha observado nunca el injerto del tumor en la mucosa rectal como consecuencia de la ma-

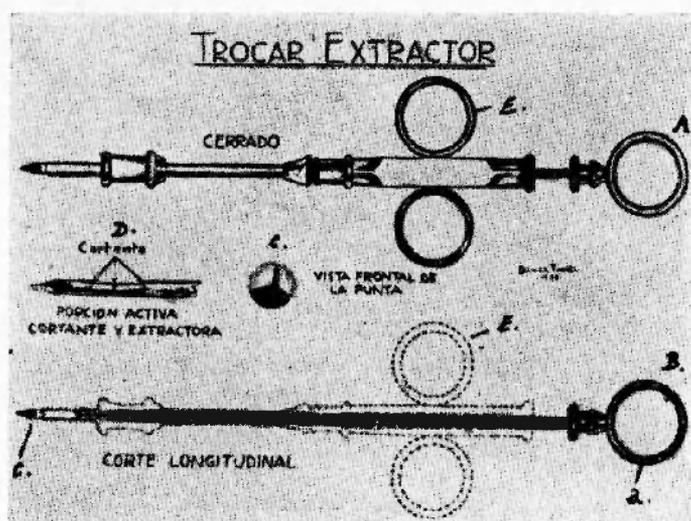


Figura 1

(Astraldi). — Partes componentes del trocax-extractor.

niobra: el temor de la lesión uretral es hipotético si se ejecutan las punciones alejándose un poco de la línea media, como lo aconseja Astraldi; por otra parte, la uretra se aleja del plano rectal por la interposición del tejido de neoformación.

En resumen: el acceso directo que nos ofrece la vía rectal, la localización a través del espéculo de la zona a puncionar, y la inocuidad del procedimiento, son los elementos de convicción que nos han decidido a adoptar esta técnica.

Instrumental: El instrumental primitivo de Astraldi obligaba a multiplicar las maniobras de examen, por lo que se decidió, según propias palabras, "modificarlo uniendo en un solo instrumento el trócar y la parte extractora". La concepción del instrumento en su forma actual le corresponde al profesor Maraini.

Este instrumento data de 1924: consta de dos partes: de una rama macho que forma el eje del instrumento (fig. 1-B), en uno de cuyos extremos (fig. 1-a) adapta el pulgar del operador, y el otro (fig. 1-c) dotado de una punta triangular que al facilitar la punción permite una cicatrización absoluta. A menos de un centímetro de la punta (fig. 27 y fig 1-D) se encuentra una depresión de bordes cortantes que sirve para seccionar los tejidos y recoger el fragmento obtenido. Este eje va introducido en la parte hembra (fig 1 - línea punteada), consistente en un tubo, provisto en su extremidad proximal de

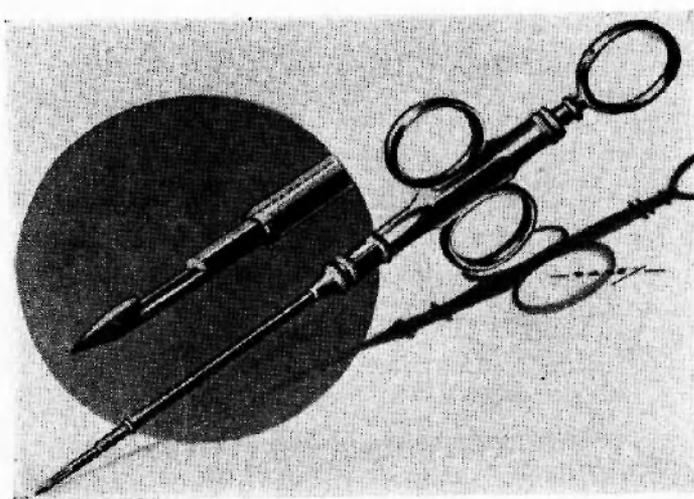


Figura 2

Trocar-extractor en el que se visualiza el extremo distal abierto, tal como está en la profundidad de los tejidos.

dos anillos destinados a los dedos índice y medio. En el interior hay un resorte que abre y cierra la parte extractora. Hay además un cursor que tiene por objeto limitar la penetración de la punta cortante y extractora."

Técnica: Se prepara al enfermo con un enema evacuante previo.

La posición aconsejada por el autor es la genu-pectoral.

Dada la edad y el estado a veces precario de esta clase de enfermos preferimos el decúbito lateral con hiperflexión del muslo sobre el abdomen y de las piernas sobre el muslo, haciendo sobresalir parte de la región glútea con respecto al borde de la camilla; se trabaja así con entera libertad. Con buena iluminación o provisto de un fronto-luz, el cirujano introduce el espéculo de Zorraquin (fig. 3), cuya rama hembra presenta un orificio distal elíptico. Se retira el mandril y previa asepsia de la zona con tintura de merthiolate o

mercurocromo o alcohol, se introduce el índice en el espéculo y se elige la zona indurada, paramediana y libre de vasos o paquete hemorridario visibles. En el punto elegido se introduce el instrumento cerrado hasta la profundidad necesaria, regulada con anterioridad mediante el cursor de que dispone el aparato.

A continuación haciendo presión sobre los anillos se abre el aparato: el segmento fenestrado y cortante sobrepasa así el borde distal de la rama hembra; se gira el trócar unos 180°, se cierra y se retira. "La sección de los

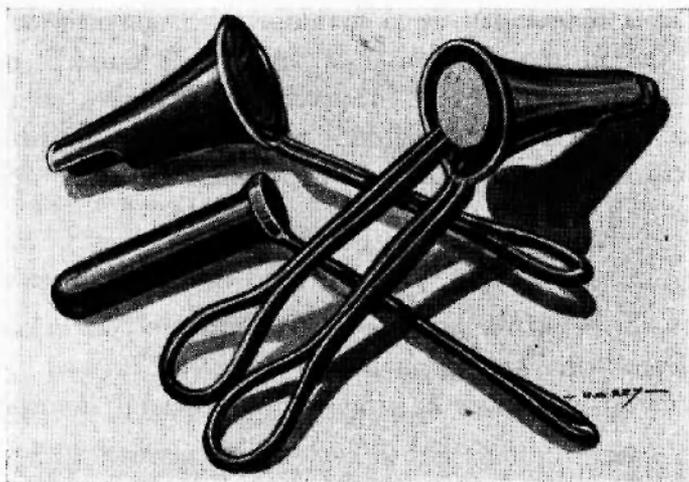


Figura 3

Espéculo anoscopio de Zorraquin. La abertura elíptica permite la palpación directa con el índice y la elección adecuada de la zona a puncionar.

tejidos se efectúa al girar y el cierre impide la posibilidad de injertos" (Astaldi).

Una ligera presión en el punto puncionado y la colocación de una gasa antes de retirar el espéculo facilitan la hemostasia: no se ha observado nunca una hemorragia profusa o inquietante.

A través de la descripción resulta fácil percatarse de la facilidad y sencillez de la técnica, accesible a todo el mundo. Su aplicación no va seguida de consecuencias inmediatas o mediatas y se obtiene siempre un material suficiente para el estudio histo-patológico.

Únicamente en dos casos la extracción se verificó a expensas de la mucosa rectal, por falta de experiencia, y nos vimos en la necesidad de repetir la maniobra.

Nos hemos extendido —quizá más de la cuenta— sobre un trópico muy bien conocido por todos y que por añadidura fué motivo de comunicaciones anteriores de Astraldi. Pero a modo de excusa valga el hecho interesante de actualizar el tema, con el objeto exclusivo de hacer sobresaltar: en *primer lugar* la prioridad para estudiosos argentinos (Maraini-Astraldi) de la creación del trocar extractor para biopsis prostáticas transrectales, cuya concepción y utilización en la práctica es anterior en muchos años a otras de aparición relativamente reciente; en *segundo lugar* difundir en nuestro medio un procedimiento sencillo, cómodo y eficaz de obtener biopsias prostáticas, por una de las vías de acceso más directas sobre la lesión glandular.

3º Destacar la inocuidad de la maniobra y la ausencia de complicaciones o incidentes, y por último, compulsar la opinión de nuestros distinguidos colegas con respecto a las ventajas e inconvenientes hallados en la obtención de biopsias por las distintas vías y métodos utilizados comúnmente, a fin de parangonar resultados y de acuerdo a la experiencia colectiva optar por el que más conviniera.

DISCUSIÓN

Dr. Trabucco. — *Me hallo en completo acuerdo con la comunicación del doctor Rubí. Realmente, la biopsia por la vía rectal no trae ningún inconveniente y yo recuerdo, desde que he estado en el Hospital Rawson con el doctor Maraini primero y con el doctor Castaño después, que se han hecho infinidad de veces, más de 500 casos, y nunca ha habido trastorno de ninguna especie. A veces, cuando se aborda en un sitio en que la mucosa rectal no está libre, sino que hay una pieza hemorroidal ingurgitada, se produce una pequeña hemorragia. No se ha observado ninguna otra afección, ni temperatura, ni infiltración, ni recidiva, ni reimplantación de tumor en la mucosa.*

En cuanto a la técnica, los que fracasan es porque no tienen la técnica apropiada o porque el instrumento no está lo suficientemente afilado, dado que es de capital importancia que el sacabocado tenga un corte bien nítido para poder hacer la presión hacia abajo y poder recoger el tejido prostático. Lo que se saca de tejido prostático, del tamaño de un grano de alpiste, es suficiente.

En lo que respecta a la aspiración hemos fracasado rotundamente; nunca hemos podido aspirar nada en la próstata, lo que se explica, porque si es un epiteloma cirroso, bien poco vamos a aspirar si esa glándula va a estar mezclada con una cantidad de sangre y de células conjuntivas, epiteliales, etc. y no vamos a tener ninguna morfología de tumor; en cambio, la biopsia por vía rectal nos da la fisiología del tumor. Hasta en los sarcomas puede dar la imagen sarcomatosa del tumor. Hemos tenido un caso con el doctor Sandro, que

hemos publicado, en el que se trataba de un joven de 22 años, con una temperatura de 40°. Un urólogo hizo el diagnóstico de absceso de próstata, pero resultó ser un sarcoma de próstata conforme con la biopsia.

Considero que la bondad y la inocuidad de la biopsia debe estar fuera de toda duda.

Dr. Rebaudi. — Yo también, creo que indiscutiblemente, la biopsia es uno de los procedimientos ideales para hacer un diagnóstico preciso siempre que se caiga sobre el área cancerosa.

Yo quisiera preguntarle al doctor Rubí lo siguiente: Yo he hecho la biopsia de próstata, cuando el doctor Maraini tuvo la gentileza de prestarme su aparato. He hecho todas las que he podido hacer y tengo un buen concepto formado de la punción exploradora de próstata. En aquella época yo no hacía —y a eso va la pregunta— las prostatectomías por vía perineal en los casos de tumores de próstata. Yo hago ahora —y las he hecho algunas veces— las prostatectomías por vía perineal.

Desearía saber si el doctor Rubí, después de haber hecho la punción por vía rectal, encuentra algún inconveniente al hacer la prostatectomía por vía perineal del tumor prostático canceroso.

Dr. Irazu. — Estoy completamente de acuerdo con la vía elegida por el doctor Rubí para la biopsia de la próstata.

Nosotros no tenemos mucha experiencia, dada la cantidad de enfermos tratados, pero lo que me interesaría saber es si la localización del adenocarcinoma de próstata, por medio de la biopsia, la ha encontrado ya bien sea, en la glándula misma, en la próstata misma o en glándulas peri-uretrales degeneradas.

Dr. Sandro. — Muchas veces, es infructuosa la punción, a pesar de sacarse pequeñas parcelas de tejido, debido a que no se toman ciertas precauciones.

Por mi parte, después de introducido el anoscopio, conviene reconocer las masas tumorales y dirigirse a tomar la presa en donde aparecen los nódulos, lo que a veces se hace a ciegas y con cierta dificultad. El trócar de Maraini se dirige apretando en el nódulo duro.

Dr. Pagliere. — Tanto el comunicante como los que me han precedido en el uso de la palabra, han hecho que el elogio asiente sobre la vía rectal, como vía de elección.

Nuestra experiencia —y no sé si será suficiente— nos ha inducido a elegir todas las vías. Nosotros hemos seguido algunas veces, la vía rectal: hemos empleado el trócar de Maraini; hemos usado la aspiración; otras veces, hemos ido por el periné. Otras, hemos hecho la resección endoscópica del tumor para

extraer material de análisis. Otras veces, hemos ido por vía transvesical, cuando nos encontrábamos al mismo tiempo con un adenoma y yo tengo en mi poder una hermosa microfotografía del doctor Monserrat, donde se ve el adenocarcinoma al lado del adenoma, lo que significa que muchas veces, la dificultad para caer dentro del tumor maligno no es tan fácil de vencer. A veces, la dificultad es realmente insalvable: 2 ó 3 punciones son realmente negativas y eligiendo otro medio de investigación se termina de controlar y verificar que se trataba de un carcinoma.

La coincidencia del tumor prostático maligno con el adenoma maligno no es, por cierto, muy frecuente. Se ve algunas veces, pero de nuestra experiencia, hemos llegado a la siguiente conclusión: que la coexistencia del tumor se hace ya sea, el tumor maligno dentro del tejido prostático y el adenoma se desarrolla por fuera del tumor prostático. De manera que, de acuerdo a nuestro examen, no comprobamos la degeneración del adenoma como tumor maligno. Comprobamos el desarrollo del tumor maligno en el tejido glandular.

Por otra parte, tenemos dentro de nuestra experiencia, una información de orden histológico, que es de la mayor importancia. El tratamiento del adenocarcinoma por la castración nos ha demostrado lo siguiente: que en los enfermos en que hay coincidencia de adenoma y de adenocarcinoma éste se reabsorbe bajo la acción de la castración, mientras que el adenoma persiste y algunas veces, hemos visto que un enfermo, a quien habíamos hecho una castración reabsorbía su tumor maligno y permanecía coexistente el adenoma. Esa prueba de orden hormonal me parece que tiene un significado considerable desde el punto de vista de la naturaleza del adenoma prostático. Muestra claramente que el adenoma no se influencia por la castración. Esa experiencia ya se tenía desde hace mucho tiempo en urología, porque los castrados, los eunucos, desarrollaban adenoma.

Volviendo al tema de esta discusión, que es la vía de biopsia, hemos empleado todos. Creo que el urólogo debe ser ecléctico en el procedimiento de hacer la biopsia.

Dr. Gorodner. — Las últimas palabras del doctor Pagliere, vienen a poner de actualidad el tratamiento de los cánceres de próstata. La extirpación de las glándulas testiculares es una intervención que nosotros debemos hacer con la certificación absoluta, por medio de la biopsia, de la degeneración del tumor. La terapéutica variará considerablemente si el tumor está degenerado o no, de manera que nuevamente se pone de actualidad ese aparato de Maraini que a nosotros nos ha dado excelentes resultados. Muchas veces que hicimos la biopsia, creímos caer sobre un nódulo cancerificado y el resultado anátomo-patológico no nos ilustró. La hemos repetido reiteradamente en el enfermo sin ningún

perjuicio para él. A los pocos días, si tocamos la zona donde hemos hecho 3 ó 4 tomas, notamos una ligera zona de infiltración de la mucosa, que desaparece poco después.

Al principio, hacíamos la biopsia en todos los adenomas de la próstata y encontrábamos que el resultado en muchos casos, era tener exámenes histológicos mostrándonos nada más que las formaciones adenomatosas y como en esos adenomas en los cuales no hay ninguna alteración al tacto, procediendo por la extirpación total, la intervención era completa.

De manera que hemos dejado de hacerlo en todos los casos, para restringirnos solamente a aquellas próstatas en que observábamos las alteraciones características del carcinoma, a efectos de diferenciarlas de esas lesiones a que se refería el doctor Rubí.

La biopsia por la vía rectal no ha traído en muchos casos ninguna alteración y se puede reiterar las veces que se quiera. Si existe el síndrome sospechoso táctil se puede reiterar antes de llegar a la mutilación tan grave y que nos representa una responsabilidad tan grande.

Lamento que el doctor López no se encuentre presente esta noche, porque él ha ideado otro aparato, que manejado por él ha dado muy buenos resultados. Yo también lo he utilizado en algunos casos y he podido obtener fragmentos de la zona degenerada. Es un principio totalmente distinto al del aparato del doctor Maraini, al cual yo le rindo, como todos nosotros, el más sincero homenaje, porque las pequeñas partículas del tamaño de un grano de alpiste son suficientes para que un anatomopatólogo experimentado descubra las alteraciones en los núcleos y en la cromatina nuclear. Le pediré al doctor López que traiga su aparato, para que todos los conozcan. Es también una idea nuestra y digo esto porque es uno de nuestros consocios y amigos. Es una camisa con una cuchilla espiral, que en lugar de sacar el fragmento saca una masa espiroide. Se puede graduar la profundidad de penetración y no obliga a hacer la presión brusca sino gradualmente. La maniobra es más suave.

Uno de los inconvenientes que quisiera que se aclarara, es ver si se podría llegar a producir una anestesia buena, porque aún la anestesia de la mucosa rectal con la infiltración por novocaína, no nos permite insensibilizar la parte profunda. Eso lo he observado todos. Si bien la biopsia es una intervención inocua por los resultados posteriores, es muy dolorosa para algunos enfermos. Siempre me ha resultado un tanto molesto hacer las biopsias por el dolor que se ocasiona al paciente.

Sr. Presidente Dr. Iacapraro. -- Antes de escucharlo al doctor Rubí, quiero anticipar mi modesta experiencia en el Instituto de Medicina Experimental, dado que en el curso de dos décadas, he tenido oportunidad de seguir las primeras

biopsias que realizara el Profesor Astraldi, con el aparato que hiciera el doctor Maraini. No hago más que confirmar las reflexiones ya hechas en lo que respecta a la inocuidad de la vía rectal, facilidad de ejecución, comodidad del diagnóstico y lo realmente anodina.

Confirmando también, las reflexiones del doctor Pagliere, en lo que respecta a que todas las vías deben ser utilizadas de acuerdo a las circunstancias especiales de cada enfermo y aún, nosotros mismos, con la intención de tunelizar uréteres en enfermos con lesiones malignas, aprovechamos los fragmentos para el estudio histológico. La vía perineal e hipogástrica la hemos practicado en la oportunidad de cada caso.

Disiento con el doctor Pagliere, en lo que respecta al problema degenerativo de los adenomas. Ese es un tema en el cual, nosotros, lejos de sorprendernos, no hemos hecho más que ratificar la extraordinaria frecuencia de la degeneración del adenoma, imprevisible por el examen semiológico y no es posible de prever, aún con la pieza en la mano. En este momento, con el doctor Rovere, tenemos magníficas microfotografías de dos enfermos adenomectomizados, en la clientela privada, donde el síndrome del enfermo y todas las características en distintos cortes de un tumor esencialmente benigno, ha revelado en ciertas zonas, el más típico problema que patentiza la degeneración maligna del tumor. Eso es lógico hacerlo en todo tumor maligno, que en cualquier momento puede llegar en franca degeneración. Entiendo que el problema de la malignidad y el adenoma degenerado de las glándulas peri-uretrales, son problemas que se estudian y pueden coincidir, pero siempre debemos preverlo.

Tan importante como la biopsia de la próstata, en las lesiones clínicas malignas, es el estudio sistemático de la histología de los adenomas, por más benignos que sean ellos clínicamente y por más benigno que aparente ser el estudio histológico de la pieza. Insisto en esto, porque la castración o la relación de los andrógenos por la vía médica o quirúrgica, ha permitido valorar la eficacia sobre los elementos atípicos más que sobre los elementos típicos y es muy lógico llegar en todos aquellos enfermos prostatectomizados, en los cuales el examen histológico revela la verdadera degeneración del adenoma. Nosotros, en esos enfermos, después de prostatectomizados, hacemos la estrogenerapia preventiva del hallazgo histológico de elementos atípicos en un adenoma clínica y semiológicamente benigno.

Dr. Trabucco. -- En realidad, no es el tema la biopsia de próstata, pero quisiera hacer una aclaración sobre lo que se ha hablado respecto de la patogenia del adenoma. Estoy de acuerdo en que todos los adenomas tienen su centro degenerado. En el 95 % de los adenomas que se extirpan y en los que se hacen estudio histológico, se encuentra alguna zona en donde se muestra la degeneración,

Deseo asimismo hacer una reflexión sobre la castración y su valor terapéutico. El valor terapéutico de la castración es la atrofia de la glándula. Se empleaba ya en 1860: se curaba el adenoma de próstata castrando al sujeto. La castración atrofia la glándula y si hacemos la biopsia de esa glándula, encontramos células carcinomatosas. La acción del estrógeno en gran cantidad inhibe la hipófisis y al inhibirse la secreción testicular, se atrofia la glándula. Se atrofia el adenoma por extirpación de la glándula en sí, exclusivamente. Es una acción directa y no una acción hormonal.

Dr. Pagliere. — *Estoy de acuerdo con que los estudios histológicos demuestran que una gran cantidad de los adenomas que se extraen, tienen células que microscópicamente son neoplásicas, cancerosas. También conozco la información de numerosos anatomopatólogos que certifican que una gran proporción de los hombres que nos consideramos sanos, y que ya hemos pasado los 40 años, tenemos en nuestra próstata, de aspecto enteramente normal, células cuyo tipo puede ser clasificado como de canceroso. Pero eso no está de acuerdo con la clínica. La histología dice que un 20 % de los hombres que han pasado los 50 años tienen en su próstata células cancerosas, pero clínicamente, nosotros sabemos que el 20 % de los hombres que han pasado los 50 años, no tienen cáncer de la próstata.*

En cuanto al adenoma, del cual sabemos que también histológicamente, una gran proporción de ellos hacen cánceres, la experiencia nos demuestra que esos enfermos adenomectomizados, después de 4, 5, 6, 10 años, permanecen perfectamente sanos. De manera que hay que llevar la clínica y la histología juntos para sacar conclusiones más o menos exactas.

Dr. Rubi. — *El objeto de la presentación de esta comunicación bien modesta en sus proyecciones, ha sido lograda con amplitud. No tenía más que ese móvil: provocar un poco la discusión alrededor de la biopsia de la próstata.*

Me ha resultado particularmente agradable escuchar al doctor Trabucco, que con una experiencia mayor que la mía —lo confieso hidalgamente— ya que él nació en un Servicio donde fuera creado ese aparato, nos permite, a través de más de 500 punciones, estar tranquilos con respecto a una serie de afirmaciones que hago en mi trabajo: benignidad de la intervención, ausencia de injerto o de trasplante del tumor sobre el recto, etc.

En lo que respecta al doctor Irazu, que plantea el problema de si hemos observado la degeneración predominante sobre la glándula o sobre el adenoma, he de confesar que la mayoría de los casos que han llegado a la punción, han sido de tumores desarrollados primitivamente sobre la glándula prostática en sí, ya que en los recientes en que nos ha sido dado observar la degeneración asociada:

al adenoma —caso muy frecuente— la mayoría de las veces, hemos llegado al diagnóstico "a posteriori" de la intervención quirúrgica.

El doctor Rebaudi nos preguntaba si en el momento actual teníamos experiencia con respecto a la prostatectomía por vía perineal en el carcinoma de la próstata. Consecuente con lo que acabo de manifestar al doctor Irazu, las lesiones avanzadas que traen un buen número —por no decir la mayoría de los enfermos que concurren a la clínica hospitalaria—, han sido tratados con el método de Higgins y colaboradores, con la resección sub-albugínea o la castración lisa y llana, sin tener oportunidad de poder intervenir esos enfermos por la vía perineal, que exige un diagnóstico precoz. De manera que la dificultad de orden técnico que podría presentarse no podría contestársela directamente al doctor Rebaudi, pero alguien, indirectamente, lo ha hecho. El doctor Gorodner, que ha realizado punciones, según tengo entendido hasta en adenomas, no ha tenido inconveniente alguno en el clivaje del adenoma en el acto operatorio.

El doctor Pagliere nos dice que el médico debe ser ecléctico y que no debemos sistematizarnos en una técnica determinada. Estoy de acuerdo con ello. No he hablado de sistematización ni mucho menos. En esta monografía he expuesto los distintos procedimientos y he ido eliminando algunos por considerar que tenían menos probabilidades de ser realizados. Hemos alcanzado —con menor experiencia que el doctor Pagliere— la próstata por todas las vías a que él alude y precisamente, después de haber utilizado las distintas vías, nos hemos quedado con una que nos parece que es la que nos da un acceso más directo, que es de una técnica más sencilla y da un shock menor para el enfermo, siendo de una inocuidad absoluta. La vía trans-uretral se utilizará para obtener un trozo del tumor cuando se tenga que llegar a la resección trans-uretral. Utilizaremos la vía trans-vesical, si este acceso trans-uretral nos estuviera vedado por carencia de técnica o de conocimiento por no poseer los instrumentos necesarios y entonces por excepción iremos al abordaje del tumor o de la glándula, a través de la vía trans-vesical.

En cuanto a la vía perineal, la hemos dejado de lado porque nos parece mucho traumatismo, dado el objeto de la pernieotomía.

Con respecto a la punción, que para nosotros podría ser un "desiderátum", hemos dejado de lado la punción con aspiración, porque los medios de que disponemos son rudimentarios. Hacemos la punción solamente con una aguja de punción lumbar y efectuamos la aspiración con jeringa. El doctor Trabucco afirma haberla realizado en un sinnúmero de oportunidades, coincidiendo conmigo en el fracaso frecuente de tales punciones. Después de realizar esta tarea de descarte, nos quedamos con la vía trans-rectal, que por todas las razones señaladas nos ha parecido la de más fácil acceso.

El doctor Sandro nos dice de las dificultades de poder llegar al foco o a la

zona que se debe elegir. Creo que no vale la pena que le conteste, pues ya está descrito la técnica por los autores del procedimiento y lo hago notar en la comunicación. El anoscopio de Zorraquín es un instrumento interesante porque tiene una longitud de 6 cms. con un orificio elíptico en la camisa que permite la introducción perfecta del dedo índice, para elegir la zona indurada. De manera que la punción no va a caer en el vacío. Ese mismo anoscopio, bien iluminado, nos va a evitar el llevarnos por delante un paquete hemorroidario.

En cuanto a lo que manifestara el doctor Pagliere, con respecto a la degeneración del adenoma, hecha la aclaración final de que el adenoma degenera en un porcentaje que los tratadistas dan entre el 25 y el 30 % de los casos, —cifra que el doctor Trabucco tras de búsqueda minuciosa eleva a cifras alarmantes—, queda aclarado el concepto vertido por el doctor Pagliere. En la acción hormonal de mecanismo indirecto, es probable que aquellos adenomas degenerados que sufren la castración no presenten ninguna modificación favorable en la acción terapéutica, mientras que aquellos casos en que el tumor radica primitivamente en la glándula prostática, aun coincidiendo con un adenoma, son los que más han de beneficiarse con el tratamiento propuesto por Higgins.

Dr. Monserrat. — Se ha suscitado una discusión tan interesante, que considero que valdría la pena efectuar una sesión especial con un tema único, como el cáncer de próstata y la castración.

Nosotros, en Anatomía Patológica, hacemos a menudo estas reuniones de tema único y todos los socios aportan su experiencia. Me parece que sería interesante adoptar esta costumbre entre nosotros. Allí podríamos tratar todo el proceso fisiopatológico que plantea este tema. Hago esta sugestión a la Presidencia.

Sr. Presidente Dr. Iacapraro. — La Presidencia recoge la insinuación del doctor Monserrat y la encuentra muy atinada, sobre todo, tratándose de un tema de tanta actualidad, de modo que en el curso del año, se buscará la oportunidad para citar a una reunión especial, fuera de las reuniones mensuales, donde se podría tratar ese tema que interesa a todos desde el punto de vista terapéutico y etiopatogénico, y al cual podrían contribuir los señores miembros con su experiencia.

Dr. Pagliere. — Estimo que la indicación del doctor Monserrat es sumamente útil y desde ya, se podría fijar como cosa cierta, de que una reunión especial se dedicará al cáncer de la próstata.

Sr. Presidente Dr. Iacapraro. — Esa fué la intención de la Presidencia.