

CONTRIBUCIONES:

Sr. COORDINADOR. — Se va a pasar a la lectura de las Contribuciones. — Tienen la palabra los Dres. Bonnacarrere, Castiglioni y Ardao.

NUESTROS RESULTADOS CON LA PROSTATECTOMIA RADICAL

Dres. Emilio A. Bonnacarrere, Juan B. Castiglioni y Ruben Ardao.

Entendemos por Prostatectomía Radical, la extirpación, en el cáncer prostático, de la próstata, cápsula prostática, vesículas seminales, dilatación ampular y deferente terminal.

Así realizada la operación en casos de tumor limitado dentro de la glándula, se siguen los preceptos de la cirugía del cáncer en cuanto a extensión de resección.

Conocido el origen del cáncer de la próstata, no se concibe otro tipo de intervención que pretenda ser curativa de la enfermedad; la enucleación dejando la cápsula al igual que la resección endoscópica, no son sino operaciones paliativas en relación al síndrome obstructivo.

Los tratamientos endócrinos: estrogenoterapia y castración, tienen su origen en 1941, año en que Huggins, Scott y Hodges publicaron su trabajo en el *Journal of Urology* (Vol. 46, P. 997) demostrando que la actividad del carcinoma de la próstata es aumentada por la inyección de andrógenos y retardada por la de estrógenos: preconizando la castración e inundación estrogénica para mejorar considerablemente los enfermos con cáncer prostático, aunque sin poder afirmar la curación por estos procedimientos.

Desde esa fecha, la experiencia acumulada en todo el mundo confirma estas conclusiones de Huggins, pudiéndose afirmar que con la castración combinada a la estrogenoterapia, se consiguen mejoría sorprendentes, regresiones de los síntomas y signos físicos del tumor; mejorías más o menos prolongadas pero no definitivas.

Es que, como lo hacen notar Nicol, Helmy y Zkry la castración y la estrogenoterapia actúan por la estimulación activa que

producen sobre el sistema retículo endotelial, el que por su relación con los fibroblastos, produce una intensa fibrosis prostática en los espacios que rodean los acinus, obliterandolos prácticamente. Pero en cualquier momento y por causa indeterminada, esa encarcelación del cáncer es liberada y hay una rápida difusión local y metastásica no controlables.

Es lo que hemos visto y vemos corrientemente en la clínica; hay mejorías sorprendentes, hay curaciones aparentes que duran 2, 3 o 5 años, pero en un momento dado difunde el proceso, llevando rápidamente a la muerte. Se puede afirmar que los tratamientos hormonales mejoran, dan bienestar y prolongan la vida, pero no curan el cáncer de la próstata por precozmente que sea tratado.

El Prof. Hugh Young en 1904 puso en práctica la Prostatectomía Radical, publicando en 1945 un trabajo en el *Journal of Urology* en que presenta 38 casos seguidos sin recidivas entre 5 y 27 años. Desde esa fecha, en distintos centros urológicos del mundo se ha realizado con más o menos entusiasmo este tratamiento, pero es sobre todo en los EE. UU. y particularmente en la clínica que dirigiera el Prof. Young en el John Hopkins Hospital de Baltimore, donde vimos realizar sistemáticamente la extirpación de la próstata por vía perineal.

Creemos que se debe realizar la extirpación radical de todo cáncer curable de la próstata. Entendemos, siguiendo el concepto de distintos autores, como cáncer curable, aquél que se mantiene dentro de las fascias que constituyen la logia prostática, con fosfatasa ácida normal y ausencia de metástasis.

Somos partidarios de hacer antes de la operación, una cura de estrógenos y castración, con objeto de limitar el proceso, por defensa fibrosa dentro de la glándula.

El cáncer de la próstata tomado precozmente es pasible de curación con la prostatectomía radical. Pero el hecho de que evoluciona silenciosamente durante mucho tiempo, al tener su origen alejadamente de la zona uretral, hace que cuando el enfermo consulta por un síntoma funcional, ya se trata de un cáncer evolucionado. El hecho de que se desarrolle en el lóbulo posterior, permite sospechar su presencia en el período útil, asintomático; siempre que se efectúe la búsqueda sistemática, por el tacto rectal, en todo individuo que pase los 50 años.

Hacemos notar un detalle de interés: la ausencia de cáncer de la próstata en las personas de raza hebrea. Este hecho ya anotado por el Prof. Nesbitt, lo hemos podido constatar en nuestro medio al revisar 241 historias de cáncer prostático, no encontrando ningún caso en personas de origen israelita.

En estos tres últimos años practicamos siete prostatectomías radicales, siguiendo la técnica que vimos efectuar en el John Hopkins Hospital de Baltimore por los cirujanos Campbell Colston y William Scott.

Abordaje perineal siguiendo el espacio decolable, en ningún caso seguimos la vía que preconizan Gil Vernet y Belt.

Realizada la extirpación de la próstata, vesículas seminales y deferentes con sus ámpulas (Fig. 1) reconstituimos la continua-

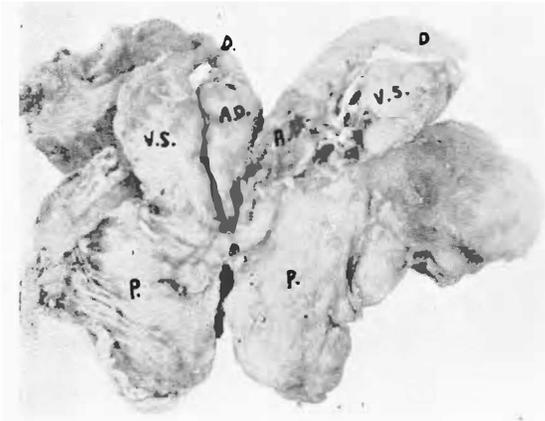


Fig. 1. Pieza de prostatectomía radical.

P. Próstata; V.S. Vesículas seminales; D. Deferentes; AD. Ampulas Deferenciales.

ción uretrovesical con descenso vésico-perineal por puntos de Vest.

En todos los casos tuvimos una incontinencia transitoria en posición de pie, que persistió de 10 días a 2 meses, reintegrándose luego la continencia total.

1er. Caso.— D. D., 35 años. Epitelioma cilíndrico glanduliforme, difuso. Operado 6-IX-51. Tratado previamente con estrógenos hasta considerar factible la intervención. Estuvo bien 1 1/2 año. Acabamos de verlo hace 3 meses con un síndrome de cistitis con incontinencia que empezó hace 4 meses.

Examinado, constatamos la presencia de un cálculo grande vesical. Pelvis libre al tacto rectal. Metástasis en el fémur izq.

2º Caso.— A. G., 59 años. Epitelioma que predomina en el lóbulo derecho. Operación 8-XI-50. Es dado de alta en buenas condiciones. Lo vimos hace 2 meses totalmente recuperado. Micciones diurnas cada 3 horas, y 3 micciones nocturnas. Tacto rectal: región prostática vacía, pelvis libre.

3er. Caso.— F. P., 67 años. Fibrodenoma con sacos de transformación maligna. Vesícula sin particularidades. Operación: 5-XII-50. Acabamos de examinarlo: buen estado general, micciones cada 3 horas de día y de noche. Tacto rectal: región prostática vacía, pelvis libre.

4º Caso.— P. Ch., 61 años. Epitelioma glanduliforme a pequeños tubos. Infiltración difusa. Se conserva aún algunos restos de los acinus glandulares. En algunas zonas el tumor crece en forma de cordones, células sólidas. En la cápsula prostática se ven difusiones linfáticos peri nerviosos. Operación: 17-I-50. Al tacto se trataba de un cancer que tomaba toda la glándula, con absesos; en los límites operabilidad. Tratado hormonalmente: regresión al tacto rectal por lo cual decidimos la intervención. Recuperado en apariencia, 18 meses más tarde hace diseminación metastásica y fallece.

5º Caso.— I. G., 71 años. Epitelioma cilindrico glanduliforme con infiltración de las vesículas seminales. Operación: 2-II-50. Epitelioma muy voluminoso. Después de operado es dado de alta en buenas condiciones, pero fallece al año y medio en caquexia y metastasis óseas.

6º Caso.— P. G., 68 años. Epitelioma cilindrico glanduliforme infiltrante, difuso, a pequeños tubos y con zonas sólidas de infiltración epiteliomatosa. En las paredes de las vesículas seminales se observan embolias neoplásicas en las vainas linfáticas perineurales que se hallan dilatadas.

Tumor que toma toda la glándula, con alerones. Lo tratamos con castración y estrógenos y habiendo regresado algo al tacto, lo operamos el 10-III-51. Recuperado en apariencia, hace diseminación metastásica y fallece 13 meses después.

7º Caso.— A. A., 68 años. Fibro mio adenoma con infección. Vesículas seminales s p. Operación 8-X-50. Prostatectomía radi-

cal con diagnóstico de cáncer; la evolución inmediata y alejada, fué sin incidentes. Hace 1 mes le volvimos a ver en perfectas condiciones generales, físicas y funcionales, con control perfecto de sus micciones cada 4 horas.

El error de diagnóstico en casos como éste, se explica perfectamente y es por eso que en todo enfermo en que se planea realizar una prostatectomía radical, lo ideal es lo que se hace en el Brady Urol. Institute del John Hopkins: el patólogo en la sala de operaciones hace una preparación extemporánea a congelación para asegurar la malignidad de la neoplasia. Esperando unos minutos despues de abordada la próstata, el cirujano orienta, según este informe, su intervención hacia la extirpación localizada o radical.

En resumen:

1º De las 7 Prostatectomías radicales que efectuamos, no tuvimos ninguna muerte en el post operatorio inmediato, a pesar de que ninguno de los casos estaba en la etapa ideal de cáncer incipiente y en cambio la mayoría eran cánceres evolucionados.

2º Murieron 3 enfermos hasta esta fecha, uno a los 16 meses de operado. (caso 4º); otro a los 18 meses (caso 5º) y el otro a los 13 meses (caso 6º).

3º Se trataba de casos avanzados clínica e histológicamente, ya que en los tres casos se observa infiltración de vesículas seminales y de las vainas linfáticas perineurales.

4º Dos de los casos (2º y 3º) están después de 3 años de operados, clinicamente curados.

5º Uno de los operados está curado (Obs. 7) aunque se nos puede reprochar el haberle hecho una intervención mayor de lo necesario, al tratarse de un fibro mio adenoma con infección. El buen resultado funcional obtenido nos justifica.

6º En todos los casos obtuvimos un perfecto control miccional (Fig. 3) La vejiga recupera su volumen y contención con una forma en su continuidad con el canal uretral, como puede verse en la uretrocistografía (Fig. 2). Sin embargo hay que saber que aún con las técnicas más experimentadas se tienen casos en que la incontinencia es persistente en proporciones variables.

7º Aún en los casos en que no está indicada la prostatectomía radical por la extensión del proceso, es aconsejable realizar-

la como tratamiento eficaz del síndrome obstructivo, ya que se consigue una recuperación definitiva de la vía uretral, sin las recidivas que da la resección endoscópica y con perfecto control miccional.



Fig. 2. Uretrocistografía de un enfermo operado con Prostatectomía Radical. Puede observarse la continuidad uretrovesical y por detrás el descenso vesical al perine con los puntos de anclaje de Vest.

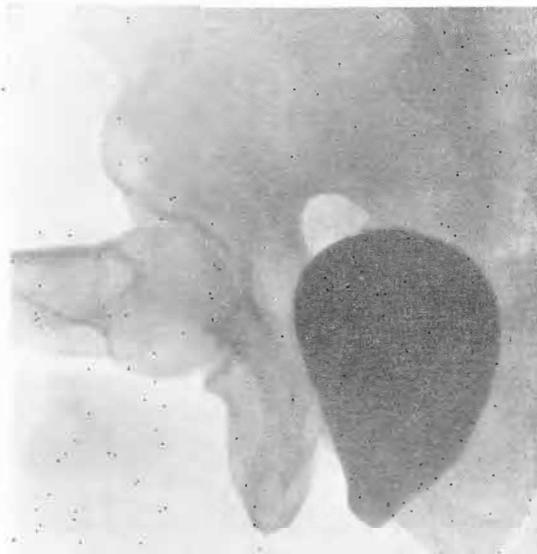


Fig. 3. Cistografía en un operado con Prostatectomía Radical que muestra la perfecta continencia vesical.