

CONSIDERACIONES SOBRE EL CANCER DE LA PROSTATA Diagnóstico y Tratamiento (*)

ALEJANDRO GARIBALDI P.

Hemos comparado la histología de dos lotes de próstatas operadas en el mismo Servicio, con 10 años de intervalo, habiendo encontrado ciertos datos de interés, en relación con el Cáncer de la Próstata.

Es así como en el año 1946, el Dr. Eduardo Delgado Castro consignó en su tesis, que sobre 50 próstatas operadas en el Servicio de Urología del Hospital "Daniel A. Carrión", estudiadas histológicamente por el Prof. Pedro Weiss, 18% resultaron ser Adenocarcinomas, 30% fueron consideradas como Adenomas atípicos y el 52% restantes fueron catalogadas como Adenomas benignas.

Entre Enero de 1953 y Abril de 1956, el Prof. Alberto Cuba Caparó, ha practicado el estudio histológico de 207 próstatas operadas en el mismo Servicio, obteniendo el diagnóstico de Adenocarcinomas en el 14%. Esta menor incidencia de cáncer encontrada por Cuba puede ser explicada teniendo en cuenta que desde 1953 se viene realizando el examen anátomo patológico de manera rutinaria, en todos los operados en el Servicio, de tal manera que la casuística está libre de errores que pueden provenir de la selección del material.

Con la idea de diagnosticar con precisión y precocidad el cáncer prostático, hemos acogido con interés todos los métodos que nos conduzcan a tal finalidad. Es así como hemos adoptado la biopsia de próstata por punción perineal, que practicamos con el sacabocado de Veenema que no es otra cosa que la cureta a biopsia endocervical de Gusberg, adaptada para la punción prostática.

(*) Trabajo de la Cátedra de Urología a cargo del Prof. Enrique Blondet : Hospital "Daniel A. Carrión"

El instrumento de Veenema es completamente metálico, un sistema de dos copas que se abren y se cierran a voluntad proporcionan un fragmento alargado del tejido sospechoso, de tamaño suficiente para permitir el examen histológico de una muestra representativa de la lesión. Cabe notar que el fragmento así obtenido no está distorsionado, aplastado ni quemado como sucede con las biopsias obtenidas por otros métodos.

TECNICA DE LA BIOPSIA POR PUNCION PERINEAL.— El enfermo es colocado en posición de Litotomía. Usamos la anestesia caudal, pero igualmente puede utilizarse la anestesia local o general. Preparación del campo perineal. Incisión pequeña de la piel, a la derecha o izquierda del rafe mediano, según el lóbulo a examinar. El instrumento, cerrado, se introduce con la mano derecha, dirigiendo suavemente la punta hacia atrás y arriba para evitar la reflexión del recto, luego es orientado por el dedo rectal hacia la próstata, pudiéndose palpar fácilmente la punta, manteniendola cerca de la pared rectal para evitar el bulbo del pene. La aponeurosis media del periné ofrece una resistencia firme, vencida la cual, el instrumento puede desplazarse con mucha facilidad, palpando en todo momento las copas, pudiendo así ponerlas en contacto con el nódulo intrapróstático sospechoso. En este momento se abren las copas, se bascula suavemente el mango, al mismo tiempo que se presiona el nódulo prostático con el dedo rectal de manera a atrapar la mayor cantidad de tejido. Se cierran las copas, haciendo rotar el instrumento sobre su propio eje para cortar la banda de tejido que sostiene la biopsia, retirando enseguida el aparato. La piel puede suturarse con un punto, pero nosotros la dejamos abierta sin ningún inconveniente ulterior. No hemos tenido ninguna complicación y la discreta hemorragia observada algunas veces, es contenida con una pequeña presión. El resultado negativo no desvirtúa la presunción clínica de cáncer, pero un resultado positivo es de sumo valor.

TRATAMIENTO DEL CANCER DE LA PROSTATA.— La conducta que observamos está en relación con cada caso. En el cáncer incipiente, limitado a la próstata, hay posibilidad de practicar una cirugía amplia: la prostatectomía total con vesiculectomía seminal, ya sea por vía perineal o retropúbica, pero en los tumores avanzados nos limitamos a desobstruir el cuello por resección endoscópica cuando hay obstáculo a la micción, además de la orquidectomía y la hormonoterapia con estrógenos. En caso de cáncer sin obstrucción, practicamos la orquidec-

tomía seguida de hormonoterapia. Estos procedimientos nos han proporcionado sobrevividas que en algunos casos han alcanzado 9 y 10 años.

En conclusión, si es verdad que sobre el tratamiento no aportamos ninguna novedad, en cuanto al diagnóstico, recomendamos la biopsia por punción perineal, indicada principalmente en los casos de nódulos intraprostáticos de diagnóstico clínico dudoso, método que nos ha dado resultados satisfactorios en todos los casos y cuya sencillez e inocuidad permite practicarlo sin ninguna limitación.