

616.99463

ch 5122

1454

F. Med.

080971

E-5

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

# TUMORES MALIGNOS DE LA PROSTATA

EN REVISION DE AUTOPSIAS Y BIOPSIAS  
DE LOS ARCHIVOS DEL LABORATORIO DE  
ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL  
ROSALES

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

JULIO ALBERTO CHAVARRIA G.

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO

DE

DOCTOR EN MEDICINA

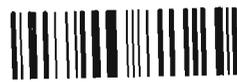
SAN SALVADOR

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

SEPTIEMBRE DE 1957





U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

Rector:

DR. ARTURO ZELEDON CASTILLO

Secretario General:

DR. JOSE ENRIQUE CORDOVA.

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

Decano:

DR. SATURNINO CORTES M.

Secretario:

DR. MARIO ROMERO ALVERGUE.

DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE: Dr. Roberto Masferrer

PRIMER VOCAL: Dr. Víctor Manuel González Suvillaga

SEGUNDO VOCAL: Dr. Herbert Lewy Van Severen.

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

Jurados que practicaron los Exámenes:  
de Doctoramiento:

Primer Examen de Doctoramiento Privado:

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Luis A. Macías  
Dr. José Cepeda Magaña  
Dr. Saturnino Cortés M.

Segundo Examen de Doctoramiento Privado:

CLINICA MEDICA:

Dr. Luis Edmundo Vásquez  
Dr. Lázaro Mendoza  
Dr. José Benjamín Mancía.

Tercer Examen de Doctoramiento Privado:

CLINICA OBSTETRICA

Dr. Arturo Jovel Munguía  
Dr. Ricardo Jaime Burgos  
Dr. Guillermo Debbe.

DEDICATORIA

A la Memoria de mis Padres

A mis Hermanos

A mi Esposa

A mis Hijos.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Roberto Masferrer

Al Dr. Herbert Lewy Van Severen

## P L A N D E T R A B A J O

- I.- Introducción.
- II.- Desarrollo.
- III.- Presentación de Catorce Casos de Tumores Malignos de la Próstata, encontrados en la revisión de Mil doscientos cuarenta y ocho Autopsias, y cincuenta y dos Casos encontrados en Veinte mil veintitres Biopsias.-
- IV.- Seis casos de pacientes tratados en el - Servicio de Urología.-
- V.- Conclusiones.
- VI.- Bibliografía.

## I N T R O D U C C I O N

El Trabajo de Tesis que presento, trata de Tumores Malignos de la Próstata, encontrados en revisión de Autopsias y Biopsias del Archivo de Anatomía Patológica del Hospital Rosales.-

Hemos revisado mil doscientas cuarenta y ocho Autopsias, y Veinte mil veintitres Biopsias practicadas en un período de diez años (de 1946 y - 1956.)

El objeto del presente Trabajo es insistir en los métodos de investigación para un diagnóstico temprano, ya que la gran mayoría de casos encontrados, éste no fué hecho, o lo fué en períodos avanzados. Es ésta la única esperanza de practicar una cura radical, ya que en períodos avanzados ésta es imposible, limitándose el tratamiento, únicamente a prolongar la vida del paciente.-

## TUMORES MALIGNOS DE LA PROSTATA

Los Tumores Prostáticos que eran antiguamente considerados como muy raros, tienen en la actualidad gran importancia, al grado que se han considerado como en el tercer lugar de los Cánceres del hombre, y en segundo lugar del aparato Genital Masculino; posiblemente sea debido a los mejores métodos de investigación - clínica e histológica, o también a que el hombre actual sobrepasa en gran porcentaje la edad media de la vida. Curtt daba una incidencia de 0.27%, Heinman 0.41% del total de Cánceres. Con el incremento de la Anatomía Patológica y el Estudio Histológico de piezas operatorias y Biopsias, se ha llegado a encontrar Neoplasmas que muchos de ellos han permanecido sin ninguna sintomatología en una gran mayoría de hombres que pasen de los 50 años. Según Murir, éstos Carcinomas insospechados se encuentran en un 13% de los hombres que pasan de los 50 años. Moore afirma que en un 18% de los hombres que pasan de los 40 años y hay autores, como Baron y Angriest que dan porcentajes increíbles del 40% en hombres mayores de 50 años.-

Existe una gran diferencia de cifras porcentajes, posiblemente sea debido a los diferentes criterios histológicos para el diagnóstico de Carcinoma Prostático usado por cada autor.-

En nuestra estadística de 1248 Autopsias correspondiendo 742 al sexo masculino, realizadas en el Hospital Rosales, desde el año de 1946 a 1956, se encontraron 14 casos dando un porcentaje de 1.88%.

(Cuadro No. 1.)

CUADRO N.º 1.

REVISIÓN DE 1.248 AUTOPSIAS DE LOS ARCHIVOS  
ANATOMOPATOLÓGICOS DEL HOSPITAL ROSALES. -

INVESTIGANDO TUMORES MALIGNOS DE LA PROSTATA EN 10 AÑOS (DEL AÑO 46 al 56)

No. de CASOS.	AÑO	NOMBRE	EDAD	SERVICIO	AUTOPSIA	REGISTRO	OCUPACION	CONSULTA
1.	1947	J.A.	74 a.	3º. M.H.	200	?	JORNALERO	Dolor abdominal y tumor supraclavicular izquierdo. Dolor desde hace seis meses.-
2.-	1948	B.M.	40a.	H. Milt.	399	?	Soldado.	Dolor en la cadera y articulación Coxo femoral derecho. Malestar general.-
3.	1949	S.A.	56a.	2º. M.H.	518	2443	Profesor	Hinchazón de las piernas y estómago. Dolor Hipocondrio derecho. Cansancio al menor esfuerzo. Enflaquecimiento marcado.-
4.	1950	J.G.	25a.	1º. C.H.	594	5513	Jornalero	Dolor en el Epigastro. Vómitos, eructos, llenazón, post-prandial, tumoración rodilla izquierda.-
5.	1951	No hay.	--	--	--	--	--	--
5.	1952	A.A.V.	83a.	3º. M.H.	905	75993	Jornalero.	Dolor en la pierna izquierda, tumoración en la pelvis, lado izquierdo.
6.	1953	E.S.	52a.	1º C.H.	1064	138233-	Jornalero.	Dolor de estómago. Ardor y tumoración del epigastro. Sensación de hambre.-
7	1954	G.O.	81a.	Asilo S.	1088	4571-	Jornalero.	Delirio, tirar objetos, morder a la gente, hablar solo.-
8.	1954	A.R.	61a.	Urología	1113	46213-	Jornalero	Dificultad en micción.
9.-	1954	T.R.	60a.	Urología	1185	156061-	Jornalero	Dificultad y dolor al orinar y defecar desde hace ocho años.-

(Viene del Cuadro No. 1.)

Nº.	SIGNOS	DIAG. CLINICO	DIAGNOSTICO ANATOMICO	EXAMEN DE LABORATORIO	INGRESO SALIDA.-
1.-	Dolor abdominal. Asientos negros. Próstata grande, dura. Edema miemb. inf.	Neo Gástrico - con metástasis óseas	Adenocarcinoma de la P. Metástasis en clavícula Der. Costillas D. 8 y 9 Raquis, Hígado.	Biopsia Tumor Supraclavicular, dió Metástasis de Adenocarcinoma. G.R. - 4.480.000 Hb. 71%. G.B. 7.1	? F. 2-I-47.
2.	Dolor a la presión en hipcondrio der. Fiebres intermitentes.	Paludismo.	Adenocarcinoma con Metástasis al Hígado y pared costal (Prostatica)	G.R. 4.000.000 Hb. 60%. - 9.4 Gr. G.B. 7.100. No Rayos X Óseos.	I. 4-IX-48 F. 5-X-48.
3.-	Edemas miemb. Inf. y pared abdominal. Tumoración epigástrica, ombligo, flando Der. doloroso, hace cuerpo con Hígado T.R. Próstata grande.	1º Neo del Hígado. 2º Cirrosis Hepática.	Colecistitis calculosa. Cirrosis Hepática. Neumonía Der. Accesorio anocardioma Prostc. Metástasis ganglio parasimpático.-	G.R. 3.480.000. G.B. 9.1. No Rayos X óseos.	I. ? F. 27-X-49.-
4.	Dolor lumbar, disuria, signos de condensación Iz. Gémito urinario, negativo.	Neo Gástrico - Síndrome de Estenosis pilórica.	Neo de la P. Metástasis al estómago, colon, delgado, pulmón Iz. Diafragma, peritoneo, mesenterio, ganglios mesentérico	G.R. 2.700.000. Hb. 60% 8.7 gr. G.B. 1.5. No Rayos X óseos.-	I. 25 V-50 E. 9-X-50
5.-	Ematuria. T.R. Tumoración - dura, dolorosa, en pelvis Iz. hija. Tumoración margen ano.	Carcinoma - Prostático.	Miosarcoma Prostático Lóbulo Iz.	Tratamiento médico. No Rayos X óseos.-	I. 1-I-52 F. 14-XII.52.
6.	Tumoración en Epigastrio TR. Próstata grande. No signos Urinarios.	Neo gástrico	Neo Gástrico con Metástasis al Hígado y ganglios. Próstata (Carcinoma in situ)	G.R. 3.500.000 Hb. 9.7 gr. G.B. 8.600. N.70 - L.27. M.2 No RX óseos.	I. 16-XI-53 F. 4-XII-53.
7.	Escoriaciones de la piel, traum. Gémito urinar. NQN.	Trastornos mentales.	Carcinoma incito de la Próstata.	No tiene ningún examen.	---
8.	T.R. Próstata dura, grande.	Carcinoma prostático. Metástasis óseas.	Carcinoma de la P. con Metástasis óseas.-	---	---

(Viene del Cuadro No. 1.)

Nº CASO	AÑO	NOMBRE	EDAD	SERVICIO	AUTOPSIA	REGISTRO	OFICIO	CONSULTA	SINTOMAS
10	1955	R.A.	47a.	4º M.H.	1254	21091	Agricultor.	Tos, expectoración abundante calienturas. Antecedentes de traumatismo en el pecho.	Pulmonares sospechosos de T.B.-
11	1955	A.M.R.	28a.	3º M.H.	1284	2859	Oficina	Dolor en Hipocondrio derecho	Náuseas, vómitos, anorexia, diarrea con sangre.
12	1956	M.M.H.	51a.	1º M.H.	1318	97533	Jornal.	Dolor en Hipocondrio derecho	Tumoración dolorosa, Hipocondrio Der. bajo el rebordado. Dificultad para respirar, tos seca, no síntomas urinarios.-
13	1956	A.C.R.	50a.	H. Milt.	1374	1512	Soldado	Cefalea intensa, localización lado Der. Dolor Hemitórax - derecho.-	Cefalea. Dolor Hemitórax Der. Tos con expectoración mucopurulenta.-
14	1956	C.G.L.	18a.	H. Milt.	1411	12171	Soldado	Tumoración abdominal. Dificultad para orinar. Chorro delgado a gotas.-	Dificultad para orinar. Chorro delgado a gotas.

(Viene del Cuadro No. 1.)

No.	SIGNOS	DIAG. CLINICO.	DIAG. ANATOMICO	EXAMEN DE LABORATORIO	Ingreso Falleció
10	RX. de tórax positivos a T.B. signos sospechosos de TB.P.- Próstata grande de superficie nodulosa.	T.B.P. Se practica Toracoplastia.	Leucemia Granulostítica crónica Aleucémica, con infiltración del Bazo, Hígado, pulmón. Acceso-rio Adenocarcinoma Pro- stático.	Orina y Sangre normal. Bac-teriológico y RX del Tórax Positivo a T.B. No RX óseo	I. 18-IX-54 F. 28-VII-55
11	Ascitis, circulación comple-mentaria. Hígado 4 traveses de dedo bajo reborde costal.	Cirrosis Hepática.	Hepatitis Aguda. Cirro-sis Hepática. Accesorio Adenocarcinoma Prostátic.	-----	-----
12	Signos pulmonares de derrame Función pleural, pus achoco-lado. No signos urinarios.	Enfisema consecuti-vo a pleuresía con Neumotórax D.	1) Absceso amibiano hepá-tico en lóbulo Der. abier-to en la pleura.-2) Absce-sos múltiples pequeños de Hígado.3) Accesorio Adeno-carcinoma Prostática.-	-----	I. 6-I-56 E.23-I-56.
13	Disminución de la agudeza vi-sual Iz. Fiebre ligera. Obnu-vilación. Edema papilar bila-teral. Próstata grande, con-sistencia firme.	Meningitis T.B.	Adenocarcinoma Prostático. Metástasis en el Páncreas pulmonar bilateral múlti-ple, cerebro hemisferio Iz.	V.D.R.L. Positivo débil. No Rayos X óseos.-	I. 30-4-56 F. 19-VI-56.
14.	Dificultad para orinar, cho-rrero delgado a gotas. Tumor en 7º espacio intercostal D. Poco doloroso.	Hodkin. Teratoma.	Rabdoneosarcoma Prostático con Metástasis a la pared abdominal y esternón. Com-plicaciones Pionefritis Bi-lateral aguda. Hipertrofia Esplénica.-	-----	-----

En el cuadro anterior se hace notar que la mayor incidencia se encuentra en la Quinta Década de la vida en adelante.-

En el Cuadro No. 2 se encuentra la clasificación Histológica.

Cuadro No. 2.

<u>CLASIFICACION</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJES</u>
Adenocarcinoma	7	50%
Carcinoma Simplex	2	14.28%
Carcinoma in situ	2	14.28%
Sarcoma	<u>3</u>	<u>21.42%</u>
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>99.98%</b>

Como se vé, predomina el Grupo Histológico que corresponde al Adenocarcinoma con un porcentaje del 50%.

Llama la atención haber encontrado tres Sarcomas, por ser bastante raros y de éstos correspondiendo dos a una edad mayor de 60 años y uno de 18 años.-

De los 14 casos encontrados, únicamente fueron diagnosticados tres, dos de ellos en el Servicio de Urología, los demás fueron hallazgos de autopsia.

En cuanto a síntomas urinarios, únicamente los presentaron en número de dos, 14.28%.

Al tacto rectal presentaron Hipertrofia Prostática 8.57 Metástasis Oseas 4.2(%, Metástasis a diferentes órganos 7, o sea 50%.-

En ningún caso de los encontrados y en los diagnosticados aparece estudio radiológico de los huesos. Tampoco se encuentran en los exámenes de Laboratorio dosificación de la Fosfatasa Acida, que serían de gran importancia para su diagnósti-

3.-

co.-

Como se vé en el Cuadro No. 1, únicamente dos consultaron por trastornos urinarios, los demás consultaron por - otras causas, de donde se puede ver que en la gran mayoría su sintomatología pasó inadvertida.

En el Cuadro siguiente se encuentra la clasificación según las edades:

Cuadro No. 3.-

<u>EDAD</u>	<u>No DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJES</u>
De 80 a 90 años	2	14.28%
De 70 a 79 años	1	7.14%
De 60 a 69 años	2	14.28%
De 50 a 59 años	4	28.56%
De 40 a 49 años	2	14.28%
Menos de 40 años	<u>3</u>	<u>21.42%</u>
<u>TOTAL</u>	<u>14</u>	<u>99.96%</u>

En este Cuadro la mayor incidencia de casos está en la sexta Década.

(Cuadro No. 4.)

En el Cuadro No. 4 se trata de la revisión de 20.023 Biopsias del Archivo de Laboratorio de Anatomía Patológica. (Ver Cuadro No. 4).

En el Cuadro No. 5 se verá la clasificación Histológica de las Biopsias.-

Cuadro No. 4.-

REVISION DE TUMORES MALIGNOS DE LA PROSTATA, EN 20.023 BIOPSIAS DEL ARCHIVO DEL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL ROSALES

SIA	CLASIFICACION	SERVICIO	MUESTRA	EDAD. -
61	Carcinoma Prostático	Particular.	Tumor Prostático.	74 años.
58	Carcinoma Prostático	1o. C. H.	Tumor Prostático.	65 años
21	Carcinoma In Situ	Urología.	Tumor Prostático.	70 años
59	Carcinoma Simplex	Urología.	Tumor Prostático.	74 años
03	Adenocarcinoma	2o. C. H.	Tumor Prostático.	76 años
09	Carcinoma Simplex	Particular	Tumor Prostático.	60 años
31	Adenocarcinoma	Particular	Tumor Prostático	72 años
28	Adenocarcinoma	Urología.	Tumor Prostático	65 años
76	Adenocarcinoma	1o. C.H.	Tumor Prostático	64 años
59	Adenocarcinoma	Urología.	Tumor Prostático	80 años
30	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	?
47	Carcinoma Simplex	Urología	Tumor Prostático	62 años
49	Carcinoma Simplex	Urología	Tumor Prostático	76 años
98	Carcinoma Simplex	Urología	Tumor Prostático	?
93	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	72 años
56	Leiomiocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	72 años
44	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	56 años
96	Carcinoma Simplex	Urología	Tumor Prostático	78 años
78	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	58 años
93	Carcinoma Simplex	Urología	Tumor Prostático	61 años
88	Adenocarcinoma in Situ	Urología	Tumor Prostático	60 años
90	Carcinoma Simplex	Urología.	Tumor Prostático	84 años
40	Sarcoma a células reds.	Urología	Tumor Prostático.	60 años
53	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	65 años.

IA	CLASIFICACION	SERVICIO	MUESTRA	EDAD
8	Adenocarcinoma	Urología.	Tumor Prostático	86 años
1	Carcinoma In Situ	Urología	Tumor Prostático	60 años
11	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	70 años
13	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	65 años
18	Adenocarcinoma	H. Milit.	Tumor Prostático	64 años
13	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	65 años
15	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	79 años
13	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	74 años
1	Carcinoma Simplex	Urología	Tumor Prostático	75 años
10	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	75 años
6	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	65 años
10	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	45 años
4	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	78 años
6	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	65 años
6	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	?
2	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	69 años
0	Carcinoma In Situ	Urología	Tumor Prostático	79 años
7	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	55 años
9	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	72 años
0	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	73 años
0	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	56 años
4	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	76 años
0	Carcinoma Sólido	Urología	Tumor Prostático	66 años
6	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	62 años
9	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	55 años
5	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	66 años
5	Adenocarcinoma	Particular	Tumor Prostático	76 años
0	Adenocarcinoma	Urología	Tumor Prostático	74 años

4. -

Cuadro No. 5.

<u>CLASIFICACION</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Adenocarcinoma	34	65.38%
Carcinoma Simplex	12	23.07%
Carcinoma in situ	4	7.67%
Sarcoma	<u>2</u>	<u>3.84%</u>
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>99.96%</b>

En este Cuadro el grupo Histológico predominante es el Adenocarcinoma, con un 65.38% que está de acuerdo con las estadísticas extranjeras. Sarcomas comprobados en número de 2.-

En el siguiente Cuadro nos dé los porcentajes según las edades.-

Cuadro No. 6.

<u>EDAD</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
De 80 a 90 años	3	5.78%
De 70 a 79 años	21	40.38%
De 60 a 69 años	18	34.61%
De 50 a 59 años	8	15.30%
De 40 a 49 años	1	1.92%
Menos de 40 años	<u>1</u>	<u>1.92%</u>
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>99.91%</b>

En este Cuadro la mayor incidencia por edad se encuentra de los 50 años en adelante, hasta llegar a los 80 años. Los ca sos de Sarcomas encontrados en estas Biopsias estaban comprome tidos entre las edades de 60 a 70 años.

De los 52 casos encontrados 43 correspondían al Servicio de Urología.

En un Trabajo presentado por el Dr. H. Lewy Van Severen

## 5.-

sobre 100 Casos de Afecciones Prostáticas en personas mayores de 40 años, asilados en el Servicio de Urología del Hospital Rosales, durante el año de 1954 y la mitad de 1955, encontró las cifras siguientes:

Cuadro No. 7.-

<u>CLASIFICACION</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Adenoma Simple	42	42%
Adenoma con Prostatitis	13	13%
Fibro-Adenoma	15	15%
Fibro-Adenoma c/ Prostatitis	3	3%.
Carcinoma	25	25%
Sarcoma	<u>2</u>	<u>2%</u>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Es a partir de los 40 años que se puede observar obstrucción prostática, debido a Hiperplasia Benigna o Maligna, salvo en el Sarcoma Prostático que puede observarse en la infancia y en la juventud.

En el siguiente Cuadro se verá la incidencia por edad - en el Carcinoma y Sarcoma.

Cuadro No. 8.

<u>EDAD</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
De 40 a 49 años	3	12%
De 50 a 59 años	4	16%
De 60 a 69 años	8	32%
De 70 a 79 años	5	20%
<u>De 80 a 89 años</u>	5	20%

## Cuadro No. 2.

## SEIS CASOS DE TUMORES MALIGNOS DE LA PROSTATA TRATADOS EN EL

## SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL ROSALES POR EL DR. LEWY VAN SEVEREN

NOMBRE	EDAD	SERVICIO	ARCHIVO	OFICIO	CONSULTA	SINTOMAS	SIGNOS	TACTO RECTAL.-
V.M.M.	56a.	Urolog.	A-8820	Jornal.	Dificultad para orinar y defecar durante 1 año	Dolor Rectal y dolores radiculares	Retención urinaria.	Próstata grande, lisa, dura, dolorosa.
S.V.V.	49a.	Urolog.	165474	Marino	Dificultad para orinar Hematuria. Dolor.	Dolor. Dificultad para orinar.	Disuria. Hematuria.	Próstata grande, nodulos duros, leñoso fijos en lóbulo posterior.
T.A.M.	80a.	Urolog.	131047	Jornal.	Retención Urinaria desde hace 6 meses. Disuria	Disuria. Retención.-	Retención. Dolor.-	Próstata pequeña, dolorosa al tacto, nodulosa.
J.B.C.	65a.	Urolog.	165375	Jornal.	Retención Urinaria.-	Dificultad para orinar, dolor en la vejiga.	Ciscoscopia. Lóbulo medio prominentemente con zonas hemorrágicas.	Próstata grande, dura.-
M.G.	73a.	Urolog.	A-9619	Agricl.	Incontinencia de orina y heces.-	Dolor Rectal.	Incontinencia de orina.	Próstata grande, - mal limitada, con nódulos duros.-
P.H.A.	57a.	Urolog.	154822	Jornal.	Estrechez Uretral. Dificultad para orinar. Dolor en rabadilla irradiado al bajo vientre.-	Dolor en rabadilla irradiado bajo vientre.	Dif. para orinar abdomen doloroso a palpación en ambas fosas ilíacas.	Próstata grande, mal limitada, fija.

(Viene del Cuadro No. 9.)

DIAG. CLINICO	DIAG. ANATOMICO	V.D.R.L.	Hb. gr.	%	FOSFATASA ACIDA	RAYOS X	TRATAMIENTO	RESULTADO	HOSPITALIZADO
Adenocarcinoma	Adeno carcinoma.	Neg.	12.2.	80.	---	Metástasis - Oseas.	Estrógenos, - prostatectomía suprapúbica.--	Mejorado	124 días.--
Adenocarcinoma	Adenocarcinoma.	Neg.	10.7	67	1.1 Gutman	No Rayos X	Estrógenos, - Prostatectomía Suprapúbica.	Mejorado	99 días.--
Adenocarcinoma	Sarcoma a células redondas.	Débil.	14.6	---	2 Gutman	Neg. a lesiones óseas.	Prostatectomía 2) 2 años desp. Cordotomía bilateral. Estrógeno.	Mismo estado. Exigió el alta.--	284 días.
Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	Neg.	13.9	87	2 Gutman	No Rayos X	Prostatectomía Suprapúbica. Estrógeno.	Curado.	43 días.
Carcinoma	Adenocarcinoma	Neg.	13.5	84	1.1 Bodansky.	No Rayos X	Prostatectomía Suprapúbica.	Curado.	81 días.
Carcinoma inoperable ha invadido cápsula y fuera de ella	?	Neg.	13.5	84	16 Bodansky.	1) Neg. a lesiones ósea 2) 1 año desp. hay - Metf. óseas de Pelvis y Raquis.	Estrilbestrol. Orquiectomía, bilateral.--	Mismo estado.--	57 días.

## 6.-

Se nota una incidencia mayor entre los 60 y 70 años. Mucho menor en los 40 y 49 años. Siendo la edad menor de 45 en la que se encontró un Carcinoma Prostático.

(Cuadro No. 9.)

Como se vé en este Cuadro, el grupo Histológico predominante se encuentra en la variedad de Adenocarcinoma, y en cuanto a edad la mayor incidencia está entre los 50 y 80 años.

Los seis casos presentados, todos fueron diagnosticados pero en un estado avanzado, lo mismo que en el Cuadro No. 1, los tres diagnosticados, dos del Servicio de Urología y uno en un Servicio de Medicina, el diagnóstico se hizo cuando los casos estaban muy avanzados.-

En los seis casos aquí presentados, el motivo de consulta fué el de Trastornos Urinarios, como retención, dificultad para orinar, dolor y hematuria, que se presentó en un solo caso.

### EL TACTO RECTAL

Se practicó en los seis casos, encontrándose la Próstata aumentada de tamaño en cinco casos y en casi todos dura, nodulosa y mal limitada.

### INCIDENCIA

La mayor incidencia por edad se encuentra más elevada entre la Quinta y Octava Década.

### EXAMENES

V.D.R.L. solamente en un caso salió débilmente positivo los demás fueron negativos.-

### FOSFATASA ACIDA

Se practicó en cinco casos, de los cuales cuatro están en los límites normales y uno que se encontró elevado con 16

u.u. Bodansky, en este caso se encontraron Metástasis muy -- avanzadas en la Pelvis y Columna Vertebral.

#### RAYOS X

Del Sistema Oseo solamente aparecen tres, de los cuales dos fueron positivos a Metástasis Oseas.

A todos estos pacientes se les instituyó un tratamiento previo de Estrógenos (Estilbertrol), para luego practicarles intervención quirúrgica (Prostatectomía), Antianémicos y Vitaminas. Solamente en un caso no se practicó Prostatectomía por tratarse de un Carcinoma inoperable; se le practicó Orquiectomía Bilateral, se continuó con tratamiento Estrógenoico, estuvo en el Servicio 57 días y salió en el mismo estado.

El Sarcoma a Células Redondas fué operado, practicándose sele una Prostatectomía Suprapúbica, mejorando aparentemente. Pero dos años después se le practicó Cordotomía Bilateral. Estuvo en el Servicio 284 días, exigió el alta y no se pudo controlar.-

Los resultados han sido muy satisfactorios en los casos de Adenocarcinoma localizados en la Próstata, sin invasión a la Cápsula ni a órganos vecinos. Lo mismo aquellos en que no hay Metástasis Oseas.

La permanencia hospitalaria ha variado, según la gravedad del caso, entre 43 y 284 días.-

#### ETIOLOGIA.-

La Etiología del Carcinoma Prostático es actualmente -- desconocida. Se sabe que la Próstata no es una Glándula Endocrina, que su función esté regida por hormonas masculinas, que su evolución es controlada por un balance hormonal y el dese-

## 8.-

equilibrio de éstas puede ser según ciertas teorías, el origen de un Carcinoma Prostático.

Muchos especialistas practican la Castración y el Tratamiento Estrogénico en casos de Carcinoma inoperable.

El In-Balance Hormonal en la Senilidad es un factor importante en el crecimiento de la Próstata y el uso indiscriminado de la hormona masculina en edades avanzadas puede contribuir al incremento en el Cáncer Prostático. Pero todavía, a pesar de las muchas teorías planteadas, no se conoce a ciencia cierta cual es el origen del Carcinoma Prostático.-

### ANATOMIA PATOLOGICA

Aproximadamente el 75% de todos los Cánceres de la Próstata, se originan en el lóbulo posterior, aparecen como masas infiltrantes, consistentes, de color blanco grisáceo (Moore.)

El tipo más común es el Adenocarcinoma. En nuestra revisión de casos se encontró con un porcentaje de 65.38%.-

Microscópicamente las células están dispuestas en estructura acinosa-regular y definida. Las Células individuales son cúbicas o cilíndricas bajas y no dan muestras de actividad secretoria. Alrededor de los Acinis el Estroma está dispuesto de manera irregular y no en forma de una capa delgada de fibras Colágenas y Musculares tan características de la Próstata normal.

Se ha descrito diversidad de formas, peculiaridad señalada por varios autores. Algunos describen tres tipos:

- a) Bien diferenciado
- b) Adenocarcinoma Medular
- c) Carcinoma Indiferenciado.

## 9.-

No es infrecuente encontrar en un mismo caso un Adeno - carcinoma en un punto y un Escirro en otro, un Carcinoma Medu lar y un Carcinoma a Células Escamosas (Lowsley-Kirwin.)

Tipos más raros son el Carcinoma de Células pequeñas, el Carcinoma rico en Lipoides y el Carcinoma Simplex.-

El Sarcoma Prostático es raro. En la literatura médica extranjera sólo se encuentran referencias de 132 casos de -- Etiología desconocida. La tercera parte de los casos se ha de sarrollado antes de la edad de 10 años, pero puede aparecer - en cualquier período de la vida (Lowsley O.S. Brit. J. Urol. 4.328.)

Existen diferencias acerca de todos los tipos de Sarco - ma, los de Células Redondas, Fusiformes, Rbdomiosarcomas, - Leiomiosarcoma, que constituyen el 60% de los casos. Hay -- otros tipos como el Angio, Fibro-mixo, Linfo y Condrosarcoma.

### SINTOMATOLOGIA

Predominan los Síntomas Urinarios, caracterizados por - obstrucción del orificio vesical. En algunos casos los sínto - mas obstructivos aparecen en períodos avanzados de la enferme - dad. La Polaquiuria Diurna y Nocturna, la dificultad para ori - nar y el dolor, son los síntomas más frecuentes.-

Pueden deberse al Cáncer en sí o a la asociación del - mismo con la Hipertrofia de los Lóbulos Laterales.-

La retención completa no suele presentarse hasta en los últimos períodos de la enfermedad, lo mismo que la Hematuria. Puede haber Hematuria intensa pero es rara y se la encuentra a veces en la Hiperplasia Benigna, debido a la intensa conges - tión prostática que dá lugar a la ruptura de venas superficia

les del suelo de la vejiga.-

Con frecuencia se observa dolor en el recto, sacro, pene, escroto, perineo, región suprapúbica, región renal, así como a lo largo del nervio ciático. Puede ser debido a la Metástasis Osea o a la compresión ejercida por la extensión retro-peritoneal del Cáncer sobre los nervios.

La Ciática Bilateral con síntomas urinarios debe hacer sospechar en Cáncer de la Próstata. Keyes ha demostrado que el dolor de uno o ambos nervios Ciáticos, indican la posibilidad de Cáncer de la Próstata. Si fuera bilateral y con síntomas urinarios sería Patognomónica. Toda esta sintomatología acompañada con los signos físicos, laboratorio, en especial la fosfatasa ácida en sangre, Rayos X del sistema óseo, nos permiten el diagnóstico.

#### S I G N O S.

Los signos físicos nos pueden permitir hacer un diagnóstico temprano. En primer término el tacto rectal; en el Carcinoma Prostático, la Próstata adquiere una dureza leñosa, total en casos avanzados, pero que al inicio puede estar constituido por un sólo nódulo circunscrito, cuya apreciación no es siempre fácil.

Otras veces son nódulos duros diseminados, rodeados de zonas blandas, como el tipo quístico. Toda zona de dureza con formación nodular e irregularidad, existente en la Próstata de un paciente que pase de los 50 años, debe considerarse posible signo de Carcinoma Prostático.

Los límites prostáticos en el Carcinoma avanzado se pierden, sobre todo lateralmente; la fijeza de la masa carcinomato

sa es característica.-

#### LA URETROCISTOSCOPIA

Nos dá importantes datos: 1) La extraordinaria rigidez de la uretra prostática, apreciable por la dificultad de pasar el instrumento, tropezando con tejidos endurecidos e -- irregulares.- 2) Deformación del cuello vesical y edema de la vejiga.- 3) Deformación del trigono por masas neoplásicas subyacentes, encontrándose a veces elevado.-

#### LA URETROCISTOGRAFIA

Nos dá idea de las deformaciones sufridas en la Uretra y Vejiga.

También se sabe que el Cáncer de la Próstata puede pasar inadvertido durante muchos años, sin presentar ninguna - sintomatología.-

#### RAYOS X

El examen radiológico del sistema óseo tiene gran valor para revelar las Metástasis Oseas, sobre todo en los casos en los cuales es de escasa utilidad el examen rectal.

#### METASTASIS

El Carcinoma de la Próstata como el del Seno y del Tiroides, tiende a ocasionar Metástasis Oseas que a veces enmascaran a los síntomas urinarios.-

Los huesos invadidos con mayor frecuencia son los de la pelvis y el Raquis (Pelvianos 20%, Raquis 20%)

También otros de mayor frecuencia son las costillas y el fémur, por su proximidad a la Pelvis y al Raquis. La le-- sión predominante suele ser la producción de una nueva formación ósea llamada Osteoesclerosis, aunque puede haber Osteoporosis al mismo tiempo. También es probable que se produzcan

Metástasis de los ganglios retroperitoneales, mucho más pronto de lo que se supone, ya que son difíciles de demostrar por la palpación y exploración física, a causa de su situación profunda.-

También suelen ser frecuentes las Metástasis a los ganglios inguinales, a los pulmones, hígado, riñones y pleura.-

### FOSFATASA

Un aumento de Fosfatasa Acida en el suero sanguíneo tiene gran valor para el diagnóstico del Cáncer Prostático. Pero también esta Fosfatasa se encuentra aumentada en la Osteitis Fibrosa Quística y en los tipos Osteoplásticos del Sarcoma Osteogénico. En la Enfermedad de Paget se encuentra aumentada, lo mismo que la Fosfatasa Alcalina.

El descubrimiento de Kutscher y Wolberg de que la secreción del tejido Prostático normal es rico en Fosfatasa con actividad óptima a un P.H. de 4.9 ha sido aprovechado por Gutman y sus colaboradores, quienes observaron que esta Fosfatasa Acida se forma también en el tejido Prostático Carcinomatoso y a nivel de las Metástasis esqueléticas, encontrándose en el suero sanguíneo de tales pacientes.-

La determinación de la Fosfatasa Acida en el suero, constituye pues, un buen complemento de diagnóstico, juntamente con los datos clínicos y radiológicos, especialmente en aquellos casos en que se plantea el problema de la intervención. Un valor alto puede constituir la primera indicación de la existencia de Metástasis Oseas.

D I A G N O S T I C O

El Diagnóstico temprano es difícil. Generalmente se hace cuando el Cáncer está en período avanzado, en el cual la Próstata está aumentada de tamaño asociado a una dureza leñosa, nodulosa y con ausencia de contornos precisos y a la fijeza de la masa.

Es sin duda alguna en el tacto rectal que descansan las esperanzas de un diagnóstico precoz. Sin embargo, un nódulo único pasa a menudo desapercibido; en el tipo modular blando, en el Carcinoma superpuesto a Hiperplasia benigna, es a veces muy difícil de diagnosticar, contribuyendo a su dificultad la falta de síntomas característicos en su comienzo. Cuando esto se manifiesta, el Cáncer ha evolucionado tanto que hacen toda cura radical imposible.

Un método relativamente nuevo para el diagnóstico del Carcinoma Prostático es la investigación de la Fosfatasa Ácida en el suero sanguíneo, cuya tasa sufre notable aumento en los casos de Carcinoma Prostático, tanto más elevada cuando ya -- existen Metástasis Oseas, no encontrándose elevada en ningún otro estado patológico de la glándula.

En los exámenes practicados de la Fosfatasa Ácida de los casos revisados en los Archivos del Hospital Rosales, se han encontrado cifras relativamente bajas, solamente en un caso de Cáncer inoperable que presentaba avanzadas Metástasis Oseas se encontró elevada.-

Ultimamente está el método de la investigación de las células cancerosas en la secreción prostática, empleando el método de Papanicolau y por coloración de Wright, también la Biopsia por aspiración que solamente tienen valor en los casos po-

sitivos. En nuestro medio todavía está en vías de investigación.

Existen casos en los cuales no se descubre el Carcinoma hasta después del examen Histológico de la Próstata extirpada.-

### P R O N O S T I C O

El Carcinoma Prostático, no obstante la tendencia a la propagación y Metástasis tempranas, es de evolución lenta en la mayoría de los casos, las tres cuartas partes tiene un promedio de tres años después de reconocido clínicamente. Esto depende en parte de si el paciente se ha presentado para ser reconocido al comienzo de la enfermedad, o si lo ha hecho cuando ya existían Metástasis.-

Se señalan tipos fibromatosos en individuos de edad avanzada (70 años en adelante) que permanecen largo tiempo confinados dentro de la cápsula, sin extenderse ni producir Metástasis, los cuales permiten una supervivencia de 5 ó más años.-

El Pronóstico es generalmente sombrío, ensombreciendo el cuadro las Metástasis Esqueléticas que aparecen tan precozmente y que son el primer signo que llama la atención al paciente. Estas Metástasis se presentan con mayor frecuencia, como dijimos anteriormente, en los huesos de la Pelvis y el Riquis, también se encuentran Metástasis en otros órganos. Es evidente que la constatación de estas Metástasis hace imposible la cura radical y entonces las medidas a tomar serán las de aliviar el sufrimiento y prolongar la vida del paciente, ya que el resultado será siempre fatal, terminando la vida del paciente en estado de Caquexia o en Uremia.-

T R A T A M I E N T O

En el Tratamiento del Carcinoma Prostático se ha propueso to varios métodos, unos son radicales y otros conservadores, siendo tanto más eficaz si el diagnóstico ha sido temprano, si no hay invasión o si no hay Metástasis que ensombrecen el Pro-nóstico.-

En el Tratamiento de cura radical, tenemos el Quirúrgico consistiendo éste en una Prostatectomía total con extirpación de la Cápsula y las Vesículas seminales.

Esta cura radical únicamente se practica cuando el tumor está confinado dentro de la Cápsula sin invasión ni Metástasis.

En los casos en que el Carcinoma ha invadido la Cápsula o hay Metástasis, la cura radical es imposible, limitándose - únicamente a un tratamiento conservador, como es la de corregir la obstrucción Prostática, el tratamiento con Estrógenos, la supresión de Andrógenos; en casos más avanzados la Castración que beneficia mucho al paciente, reduciendo el tamaño de la glándula y hasta pueden hacer desaparecer las Metástasis - Oseas. De esto se han publicado extensamente en la literatura mundial con resultados halagadores. Hay casos en los cuales - se ha llegado a la extirpación de las glándulas suprarrenales que también son productoras de Andrógenos.-

Pero nunca se ha logrado una cura definitiva, siendo por lo tanto conservadora para prolongar la vida del paciente y - aliviar sus dolores.-

Otro método de tratamiento está en las radiaciones con Rayos X y la aplicación de agujas de Radio, pero no han dado

ningún resultado satisfactorio.

Como se vé, únicamente están cifradas las esperanzas de curación por el método Quirúrgico de la cura radical por Prostatectomía total con Extirpación de la Cápsula y las vesículas seminales. Esto es cuando se ha hecho un diagnóstico temprano y el tumor se encuentra confinado dentro de la Cápsula.

En nuestros casos estudiados se hizo el diagnóstico, en la mayoría de ellos en períodos avanzados de la enfermedad.-

#### C O N C L U S I O N E S

- 1o. En la revisión de 1248 Autopsias en el término de 10 años, comprendidos entre 1946 al año 1956, correspondieron 742 al sexo masculino, se encontraron 14 casos de Carcinoma Prostático dando un porcentaje de 1.88%.
- 2o. Se revisaron 20.023 Biopsias, siendo 3.495 del sexo masculino, encontrándose 52 casos de Tumor Maligno de la Próstata, dando un porcentaje de 1.49%.
- 3o. El tipo Histológico predominante es el Adeno-Carcinoma, dando un porcentaje de 65.38%.
- 4o. Se reportan dos casos de Sarcoma, un Rabdomiosarcoma y un Sarcoma a Células Redondas.
- 5o. Los casos diagnosticados fueron hechos en períodos avanzados de la enfermedad.-
- 6o. Muchos casos de Carcinoma Prostático no presentaron ningún síntoma y pasaron desapercibidos. Su diagnóstico fué hecho por hallazgo de Autopsia o por la --

pieza operatoria extirpada.

- 7o Se recomienda practicar de rutina el tacto rectal en todo paciente que pase de 40 años.-
- 8o. Practicar tacto rectal en todo paciente con trastornos genitourinario (Retención, dolor, hematuria etc.)
- 9o. En todo paciente con trastornos urinarios y próstata sospechosa, practicar examen de Fosfatasa Acida en sangre, Rayos X de sistema óseo, investigando Metástasis, Uretrosistoscopia, Uretrografia.

Todos estos métodos están al alcance de nuestras posibilidades, siendo de gran importancia en el diagnóstico del Carcinoma Prostático sobre todo en un período temprano.-

## B I B L I O G R A F I A .

1. Allan Moore, Robert. Anatomía Patológica. 1a. Edición. Pag. 971.
2. Cáder Ramos M. Prostatectomía. Retropública. Tesis Doctoral. 1957.-
3. Christopher, S. Textbook of Surgery. Six Edición - Pag. 892.
4. Homans John, M.D. Patología Quirúrgica. VI Edición Pag 1138.
5. Lewy Van Severen, Carcinoma de la Próstata. Trabajo presentado.
6. Peter J. Riaboff. Detection of Early Prostatic and Urinary. Trac. Cancer. The Journal of Urology Vol. 72. No. 1. July 1954. Pag. 62.
7. R.H. Flocks, H.D. Kerr. H.B. Elkins and D.A. Culp Prostatic Carcinoma. The Journal of Urology. Vol. 71. No. 5. May. 1954. Pag. 628.
8. Richard Chute. Radical Retropubic. Prostatectomy - for Cancer. The Journal of Urology. Vol. 71. No. 3 March. 1954. Pag. 342.
9. Sosa O. Mario, Carcinomas en General. Tesis Doctoral. 1954.
10. Torruella E. y Mata. Torruella E. y Martínez. Fortun. Lecciones de Clínica Quirúrgica. Edición 1951. Pag. 1049.-