

PROSTATISMO PREMATURO Y CANCER PROSTATICO

ESTUDIO DE 107 CASOS TRATADOS QUIRURGICAMENTE

Dr. ANGEL AMEN PALMA

Hospital de Portoviejo, Manabí, Ecuador

La próstata es un órgano dependiente del aparato genital pero, en cambio, su semiología es principalmente urinaria; por esta razón en el planteamiento de la solución quirúrgica de las lesiones prostáticas deben tomarse en cuenta sus relaciones topográficas y funcionales con los órganos vecinos cuyas alteraciones determinan la aparición de síntomas que se confunden por razones funcionales de vecindad. Por esta razón, en el estudio del diagnóstico debe aclararse las características de la lesión de la cual deriva la etiología del síndrome y finalmente, su repercusión en el resto del aparato urinario. De la valorización funcional de todo el aparato "se deducirá la indicación terapéutica y, si es quirúrgica, el método operatorio más apropiado, de acuerdo a las condiciones del paciente y órgano afectado".

Material clínico.—El presente trabajo reúne la experiencia sobre 107 casos de tumoración prostática tratados en el Servicio de Cirugía de Hombres del Hospital General de Portoviejo.

Gil Verne¹⁻⁶⁻⁸ define la hipertrofia prostática como resultado del "conjunto de neoformaciones benignas des-

rolladas en el cuello vesical u en la porción supramontana de la próstata, originadas o causadas por las alteraciones endócrinas que de un modo constante aparecen en el declive de la vida sexual normal y que se manifiestan, a veces, clínicamente por trastornos de la micción".

La relación de la edad con la aparición de un aumento de volumen de la próstata ha sido apreciada por muchos autores, siendo las estadísticas muy similares. Según Thompson a la edad de 60 años el 30% de los hombres presentan un aumento de volumen de la próstata y a medida que la edad avanza, la frecuencia de la hipertrofia de la próstata es mayor, hasta el punto que la enfermedad se observa en un 75% a 80% de los sujetos de más de 80 años de edad.

Según Marión, en el examen practicado por el tacto rectal en 200 individuos de 50 a 60 años, encontró que el 42,5% presentaban hipertrofia de la próstata y señala que el número hubiese sido mayor seguramente si se hubiese practicado el examen cistoscópico que permite reconocer las fases iniciales del proceso y ciertos tipos de

desarrollo superior intravesical como el que ofrece el lóbulo medio patológico. Haciendo un resumen global de los 111 casos presentados en sus tesis doctorales por los doctores Roberto Gilbert, Bolívar Barreto, Enrique Rodríguez, Jorge Avccillas¹ y Carlos Matarinos² se ha encontrado la siguiente proporción, de acuerdo a sus edades:

40 I—	50 años de edad:	2	casos
50 I . . .	60 " " "	19	"
60 I—	70 " " "	53	"
70 I—	80 " " "	21	"
80 I . . .	90 " " "	9	"
90 I—	100 " " "	6	"
105 I . . .	" " "	1	"

La cápsula quirúrgica.—De acuerdo con Motz y Percarnau (1905), Cuneo (1911), las glándulas prostáticas no toman ninguna parte en la formación de las masas neoplásicas; sólo las glándulas periuretrales son asiento de las lesiones. Al desarrollarse el tumor rechazaría hacia la periferie los conductos eyaculadores y la próstata, y ésta, aplastada y adelgazada, no sería más que la cápsula que queda "in situ" después de la enucleación del tumor. Así se explicaría la facilidad con que se verifica la extirpación de la pretendida próstata hipertrofiada y el por qué de la presencia de restos del esfínter liso de la uretra alrededor del tumor extirpado. Jacoby señala el origen de la hipertrofia prostática en las glándulas prostáticas periféricas, las que vendrían a formar lo que se conoce con el nombre de "cápsula quirúrgica".

ESTUDIO MACROSCÓPICO

Volumen.—Este varía dentro de amplios límites; comprende desde las minúsculas neoformaciones hasta las formas gigantes de hipertrofia prostática.

Marion las clasifica de acuerdo a su peso en varias clases:

Hipertrofias pequeñas aquellas cuyo peso oscila desde unos cuantos gramos hasta los 25 gramos.

Hipertrofias medianas las comprendidas entre 25 y 80 gramos.

Hipertrofias grandes las que oscilan entre 80 y 200 gramos. Y las hipertrofias gigantes, las que tienen por encima de 200 gramos.

Topogénesis.—Según Lowsley² la hipertrofia benigna de la próstata tiene lugar con mayor frecuencia en los grupos glandulares medio y laterales, raramente en el grupo anterior y casi nunca en el grupo posterior. Contrariamente el carcinoma de la próstata tiene su asiento primero con preferencia en el grupo posterior.

Según Gil Vernet¹⁻⁶⁻⁸ la glándula prostática está constituida por dos porciones: la caudal y la craneal con una zona intermedia entre las 2 porciones. Establece así que las neoformaciones iniciales pueden aparecer en los tejidos periuretrales de la uretra supramontana y también en los lóbulos subesfinterianos o porciones laterales de la glándula craneal y en el lóbulo medio pre-espermático o porción media de la glándula caudal. No admite la posibilidad de que la neoplasia se inicie en los lóbulos pósterolaterales, aunque acepta que cuando el proceso avanza

a la zona contigua a los lóbulos subesfinterianos, experimentan a veces la transformación adenomatosa.

Según Jacoby el origen de la hipertrofia prostática es en las glándulas submucosas. Estas al crecer rechazan y comprimen las glándulas prostáticas periféricas, las que vendrían a formar lo que se conoce con el nombre de "cápsula quirúrgica".

EXAMEN MICROSCOPICO

Diversas formaciones histológicas se puede distinguir de acuerdo al predominio del tejido que conforma las masas tumorales. Así tenemos: de tipo **glandular puro** (hiperplasia o hipertrofia adenomatosa); o en una forma más avanzada donde existe la forma **quistica** (cisto-adenoma); el tipo **fibroglandular** (fibroadenoma) desarrolla el tejido fibroconjuntivo en proporciones semejantes al glandular; tipo **fibroso** con gran predominio del tejido conjuntivo; se encuentra muy poco tejido glandular diseminado en varios campos; la forma de **mioma de la próstata** con gran predominio del tejido muscular, etc.

En todos estos tipos histopatológicos puede haber infección sobreañadida ya simplemente como infiltración linfocitaria o con manifestaciones de esclerosis (prostatitis crónica) o con formación de micro-abscesos que evolucionan en ciertos casos a grandes cavidades purulentas. Esta patología adicional la hemos encontrado en los casos números 11, 16, 30, 34, 38, 48, 52, 61, 62 y 69 de nuestra casuística.

Distribución, según la edad, de pacientes prostatectomizados en el Hospital General de Portoviejo — de 1956-1964

Edad (en años)	Número de casos
20 I— 30	1
30 I— 40	0
40 I— 50	2
50 I— 60	14
60 I— 70	26
70 I— 80	34
80 I— 90	12
90 I— 100	6
100 I— —	1
De edad no precisada	11

Operación adicional.—La vasectomía la hacemos de rutina en casi todos los

TABLA I

Tipo y modalidad de la hipertrofia.

Hipertrofia trilobar: 75 casos (70,9%)

Hipertrofia bilobar: 32 casos (29,1%)

Vía de acceso (técnica de prostatectomía).

1) Por vía retropúbica (técnica de Millin)	26 casos
2) Técnica transvesical	79 "
3) Técnica vesíco-capsular	1 "
4) Técnica isquiorrectal (técnica de Ortogn ³⁻⁵)	1 "
TOTAL	107 casos

TABLA II

Clasificación de los informes anatomopatológicos:

Hiperplasia adenomatosa benigna de la próstata	65 casos	69,14%
Hiperplasia adenomatosa benigna con prostatitis crónica	12 casos	12,76%
Hiperplasia adenomatosa benigna con micro abscesos	1 caso	1,06%
Hiperplasia fibro-adenomatosa benigna	4 casos	4,25%
Adenocarcinomas de la próstata	12 casos	12,76%
TOTAL	94 casos	99,97%

pacientes operados. Cuando la persona es muy joven como en el caso N° 14 de nuestra casuística, que interesa su actividad generadora, no se hizo la vasectomía profiláctica para evitar la infección anexial, en los testículos.

Peso del tejido prostático enucleado.—El peso de la pieza quirúrgica varió entre amplios límites: peso mínimo 15 gramos (2 casos) y peso máximo 180 gramos (1 caso).

Anatomía patológica.—De los 107 casos tenemos los resultados histopatológicos de 94 casos, exámenes realizados por el Instituto de Tumores de SOI.CA, Tabla II.

DISCUSION

Con la experiencia de los casos tratados nos permitimos presentar las conclusiones siguientes después de valorar las diferentes posiciones de los urólogos sobre la cirugía de la próstata dirigida a tratar especialmente la hipertrofia benigna de la próstata.

Considero haber tenido excelentes resultados con la mayoría de los adenomectizados por vía transvesical, incluso en el paciente cuyo adenoma pesó 180 gms. Tabla I. La enucleación debe ser reglada evitando en lo posible las maniobras bruscas que puedan afectar tanto al esfínter interno como al esfín-

ter externo, en cuyo caso se produce la incontinencia. Este último caso es más frecuente cuando se realizan tracciones violentas al momento de la extirpación. Cuando es necesario practicarle tratamiento quirúrgico a un paciente con hipertrofia prostática deben tomarse todas las precauciones encaminadas a la preparación general del prostático. No debiera ser operado un prostático sin el completo examen clínico, evaluación de las funciones cardiocirculatoria, respiratoria y hepática, protoblograma, recuento de hemáticas, leucocitos, hematocrito, valor de la úrea, creatinina y glucosa sanguíneas, exámenes bacteriológico y citológico de la orina, función renal y estado del tracto urinario inferior (urograma excretorio). Si no existan dudas diagnósticas será evitado el examen cistoscópico pues este examen puede entrañar riesgos para el prostático. Ante la menor duda acerca de la estructura histológica de la tumoración prostática se debe recurrir a la **biopsia percutánea** perineal que por su inocuidad puede ser repetida e incluso practicada sistemáticamente.

En casos con distensión vesical, la retención será evacuada lentamente por sonda permanente. A pesar de la lentitud en el vaciamiento vesical pue-

de producirse "hematuria ex vacuo". Debe controlarse la tasa de úrea sanguínea que debe ser determinada cada 24 horas ya que en ocasiones puede aumentar, significando que la hemorragia no es sólo vesical sino renal. Esta hematuria con aspecto de "agua de lavado de carne" sin modificación al lavado vesical orienta a pensar que su procedencia es renal. Su etiopatogenia se debe a probables ferócnomas de infarto renal, desencadenado por la brusca descompresión del árbol urinario superior.

Con respecto al paciente de 24 años de edad de nuestra casuística con hiperplasia adenomatosa benigna, y de otros pacientes referidos por Marión, Cifuentes y A. de la Peña, pertenecientes a prostatismo prematuro, debemos pensar que la hipertrofia de la próstata es un proceso que, si bien coincide por lo general con la edad avanzada, es independiente de ésta. Existen jóvenes con hipertrofia prostática de la misma manera que existen ancianos sin ella. Deben existir trastornos hormonales aún no bien determinados que producen en la próstata las neoformaciones características de la hipertrofia, sea cual fuere la edad del individuo, con tal que haya sobrepasado la pubertad. En prostáticos que por su juventud plantean el problema de la potencia sexual, débese proceder a la operación por vía abdominal, pues el coeficiente de "impotencia oculta" por esta vía parece ser inferior al de la operación perineal.

La intervención precoz cuando hay hipertrofia prostática se impone para que sea posible la regeneración de la

glándula prostática caudal atrofiada.

La sutura de la mucosa del cuello vesical debe realizarse con una sutura que tira esta mucosa hacia el periné. Estos puntos ayudan a hacer una hemostasia completa y se los puede realizar con facilidad traspasando una aguja larga montada con un calgut que previamente ha sido fijado al borde libre de la mucosa vesical. En esta forma se produce la retrigonización de la cavidad prostática.

Para tratar la incontinencia postoperatoria VERGES FLAQUE aconseja poner en práctica la reeducación del esfínter externo cuando se sospecha su lesión aún cuando se utilice la vía supra-púbica en la extirpación.

Como resultado del alto porcentaje de cáncer prostático que se encuentra tanto en las autopsias como en las estadísticas de las piezas operadas, se impone la necesidad del control clínico periódico (tactos periódicos de la próstata por vía rectal). Las autopsias han revelado, que pasados los 50 años, uno de cada 5 hombres padece de cáncer de la próstata. Esta proporción aumenta correlativamente con la edad; la incidencia aumenta sensiblemente en la población masculina llegada a los 70 años. Por último hemos encontrado en las observaciones clínicas de nuestros enfermos, lo que Jeandrau señala en los indígenas afectados de hemorragia en Africa, Oceanía y Asia: la hipertrofia prostática es muy rara en los sujetos afectados de estenosis inflamatoria de la uretra⁷ y por el contrario, muy frecuente en los individuos indómnos de hemorragia.

RESUMEN

Aunque son poco frecuentes, sin embargo existen adenomas de la glándula prostática en individuos jóvenes, que dan lugar a síntomas propios de esta enfermedad.

En la casística consta un paciente que tiene apenas 24 años de edad. Consideramos este caso como un verdadero hallazgo operatorio puesto que por las radiografías pensábamos que se trataba de un tumor vesical; pero en el acto quirúrgico extirpamos una tumoración prostática que hacía protrusión dentro de la vejiga.

La incidencia del cáncer prostático en la población masculina, es realmente muy alta. Las autopsias han revelado que, pasados los 50 años, uno de cada 5 hombres padece de cáncer de la próstata. Esta proporción aumenta correlativamente con la edad; aproximadamente el 50% de la población de varones llegada a los 70 años, padece de cáncer. En el Hospital General de Portoviejo, de los 107 pacientes operados procedentes de toda la Provincia de Manabí, hemos encontrado el 12,76% de adenocarcinomas de la próstata según informes histopatológicos reportados por el Instituto de Tumores de SOLCA.

SUMMARY

In the course of our professional practice and the review we have made of urology medical literature, we have been able to observe adenomas of the

prostate glands, sometimes in individual youths, that showed typical symptoms of this ailment. In one of our operation we found a patient not quite 24 years old. At first we considered this case as a true operative reward, since from the radiographs we thought we were treating a vesicle tumor but in the surgery we took out a tumors prostate that had protruded into the bladder.

The great occurrence of cancer of the prostate in the masculine population, should be of serious concern to us. Autopsies have revealed that after 50 years of age, one out of ever 5 men have cancer of the prostate. This proportion increases, regardless of age. It attacks half of the male population that reaches the age of 70. In the general hospital of Portoviejo, of 107 patients operated on, from all the Province of Manabí, we have found 12,76% of adenocarcinomas of the prostate from histopathology reports for the Institute of Tumours of SOLCA.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- GIL VERNET, S.: Patología urogenital. Tomo I: Cáncer de la próstata. Ed. Miguel Servet, Barcelona, 1944.
- 2.- LOWSLEY, O. S., y KIRWIN, T. J.: Clínica urológica. Tomo II: Ed. Salvat, S. A., Barcelona, Buenos Aires, 1945.
- 3.- ORJUEGA MOREIRA: La adenomectomía transvesículo-prostática. *Gaceta Med. Vol. 5, N° 4, Cuzyaquil (Ecuador), 1950.*
- 4.—AVECHILLAS PEREZ: La adenomecto-

- mía transvésico-prostática. Tesis doctoral. Universidad de Guayaquil, 1961.
- 5.- ORTEGA MOREIRA: La vía isquiouretral para la adenectomía prostática. *Gaceta Méd.* Vol. VIII (Nº 3), Guayaquil (Ecuador), 1962.
 - 6.- GIL VERNET, S.: *Patología urogenital*. Tomo II. Vol. 3. Biología y patología de la próstata. Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1963.
 - 7.- AMEN-PALMA: Tratamiento de las estenosis de la uretra, en especial las de origen traumático. Tesis doctoral publicada en *Gaceta Méd.*, Vol. IX (Nº 6), Guayaquil (Ecuador), 1964.
 - 8.- GIL VERNET, S.: *Patología urogenital*. Tomo II. Vol. II. Enfermedades de la próstata. Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1965.
 - 9.- MATAMOROS TRUJILLO, C.: La vía isquiouretral en prostatectomía. Tesis doctoral. Universidad de Guayaquil, 1966.
 - 10.- PUIGVERT, A.: Críticas de las adenomectomías prostáticas. *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*. Vol. XXI, Barcelona, 1961.

EL HABITO DE FUMAR EN RELACION CON LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD

En 422.094 hombres, de 40 a 89 años de edad, se estudió durante 34 meses, la tasa de mortalidad en relación con el hábito de fumar. Se encontró que la tasa de mortalidad: a) es mucho mayor entre los fumadores; b) aumenta proporcionalmente al número diario de cigarrillos que se fuman y c) es menor entre los exfumadores.

La tasa de mortalidad correspondiente al cáncer pulmonar, fue 11 veces entre los fumadores moderados de cigarrillos y 18 veces mayor entre los grandes fumadores, con respecto a los que no tuvieron este hábito.

La tasa de mortalidad por enfermedad de las arterias coronarias, estuvo estructuralmente relacionada con el hábito de fumar cigarrillos en los hombres comprendidos entre los 40 a los 59 años de edad; fue de 1,95 a 3 veces mayor con respecto a los no fumadores.

La proporción de hombres que fueron hospitalizados por cáncer, enfermedades del corazón, úlcera gástrica o duodenal, durante los 2 primeros años de estudio, fue considerablemente mayor entre los fumadores; esta proporción aumentó en mayor grado si el número de cigarrillos fumados al día era mayor de 30 o 40.

Se equiparó individuo a individuo (no fumadores con fumadores de 20 cigarrillos o más por día), similares en cuanto a características étnicas, morfológicas, religión, lugar de residencia, actividades profesionales, tensión nerviosa, consumo de tranquilizantes, etc. Se formaron 36.975 parejas. Durante el período de estudio murieron 1.385 fumadores (110 con cáncer pulmonar y 654 con enfermedad coronaria) y solamente 662 de los no fumadores (12 con cáncer pulmonar y 304 de enfermedad coronaria).

(HAMMOND, E. C.: El hábito de fumar en relación con la mortalidad y la morbilidad. *Bol. Ofic. San't. Panam.* 38: 280, 1965).