

EXTIRPACION QUIRURGICA DEL CANCER DE LA PROSTATA: OPERACION RADICAL

Por los doctores J. A. CAMPBELL COLSTON, y JUAN WILSON.

La REVISTA MEDICA acoge con gusto el presente estudio enviado para ella por el distinguido urólogo norteamericano Dr. J. A. Campbell Colston, miembro del Instituto de Urología del Johns Hopkins Hospital de Baltimore. Este estudio fue premiado por la Fundación "Hugh H. Young".

A fin de poder justipreciar los resultados finales de cualquier procedimiento quirúrgico, es necesario tener un conocimiento completo del estado por el cual se ejecuta la operación, especialmente en lo relativo a la evolución que seguiría aquél si no fuese objeto de tratamiento. En todo proceso patológico hay un sinnúmero de variables, y en ninguna enfermedad resulta esto tan cierto como en el cáncer. La rapidez o el crecimiento del neoplasma primero varía inmensamente de un caso a otro debido a la diferente actividad biológica de cada célula, y en la tendencia a invadir los linfáticos y la sangre. Solamente por medio de un estudio detallado de muchos casos es, pues, que conoceremos la enfermedad a tal punto que capacite al médico, al hacer el diagnóstico, para pronosticar con certeza razonable la evolución de la misma.

En cuanto al carcinoma de la próstata, se ha sabido por mucho tiempo que existen grandes diferencias en la evolución de cada caso. Hay algunos en los cuales el crecimiento de las células malignas es excesivamente rápido, sin la menor inhibición aparente de parte de los tejidos del huésped, y en esos la invasión de los linfáticos ocurre tempranamente y la muerte sobreviene en pocos meses debida a una carcinomatosis generalizada. Por el otro lado, hay muchos casos anotados que han sido observados por espacio de 10 años, y hasta más, en los cuales la difusión ha sido mínima. Sin embargo, ambos grupos son más bien excepciones de la regla general y representan, más o menos, los polos opuestos del cuadro completo, pudiéndose trazar

entre ambos extremos la evolución de la mayor parte de los casos del cáncer de la próstata. Los insuperables estudios de Bumpus (1) en las numerosas series de casos a su disposición, nos ha proporcionado un conocimiento muy claro de la evolución que cabe esperar en el caso habitual del cáncer de la próstata. En su serie de casos no tratados, el promedio de vida desde el principio de los síntomas era, más o menos, de 31 meses. Si se descubrían metástasis en el primer examen, el 66% de los pacientes morían dentro de nueve meses; y si no habían signos de metástasis, el promedio de vida era de un año. En otras series numerosas, Hager y Hoffman (2) observaron que el 47% de los enfermos habían muerto en término de un año después del diagnóstico.

Estudios metódicos como éstos son los que nos han capacitado para pronosticar con bastante certeza (exceptuando los casos extraordinarios) la marcha de la mayoría de los casos de cáncer de la próstata.

En el estudio de cualquiera enfermedad, un conocimiento detenido de su anatomía patológica reviste la mayor importancia (3). Este aspecto del cáncer de la próstata ha sido escudriñado a fondo, y en particular la labor de Rich (4), Moore (5) y otros muchos ha permitido lograr una clara comprensión del estado. La mayor parte de los que se han dedicado a estos estudios están de acuerdo en que la enfermedad comienza, en más del 75% de los casos, en el lóbulo posterior, invadiendo lentamente el resto de la glándula, y que su difusión a través de la cápsula es impedida por las dos recias capas de la aponurosis de Denonvillier, las cuales no contienen linfáticos. Luego invade insidiosamente las bases de las vesículas seminales, y por último, los linfáticos perineurales, de los cuales parten metásta-

(1) Bumpus, H. C., Jr.: Carcinoma of the Prostate: A Clinical Study, Surg., Gynec. y Obst., 32: 31-43 (ene.), 1921; Carcinoma of the Prostate: Clinical Study of 1,000 cases, *ibid.* 43: 150-155 (agto.), 1926.

(2) Hager, B. H., y Hoffmann, E. F.: Statistical Data on 396 Cases of Carcinoma of the Prostate Observed at the Los Angeles General Hospital from Jan. 1, 1923, to Jan. 1, 1936. J. Urol., 37: 180-185 (ene.), 1937.

(3) Gil Vernet, S.: Patología Urogenital. Tomo I: Cáncer de Próstata. Barcelona, Editorial Miguel Servet, 1944, pp. 21-126.

(4) Rich, A. R.: On the Frequency of Occurrence of Occult Carcinoma of the Prostate, J. Urol., 33: 215-223 (mzo.), 1935.

(5) Moore, R. A.: The Morphology of Small Prostatic Carcinoma, J. Urol., 33: 224-234 (mzo.), 1935.

sis a los ganglios linfáticos regionales y, después, a los huesos, y en particular los de la pelvis y las vértebras lumbares. Por tanto podemos deducir que en todo caso de cáncer de la próstata existe una etapa, en la cual resulta factible, cuando aún no ha ocurrido extensión a través de la cápsula o a los tejidos cercanos, la excisión total del proceso neoplástico.

En este razonamiento sólido e irrefutable, fue que Young (6) basó su técnica de la prostatectomía radical perineal.

Conociendo la anatomía patológica de la enfermedad, es evidente que no habrá síntomas de obstrucción urinaria en las primeras etapas a menos de que exista, a la vez, una hiperplasia benigna. Por esa razón, el diagnóstico de carcinoma de la próstata, en la época en la cual resulta factible la excisión quirúrgica total, tiene que hacerse por medio de un examen rectal minucioso que pondrá de manifiesto nódulos, o áreas localizadas de induración pétreas.

Ya hanse discutido las pautas clínicas que requieren los casos en los cuales es posible la completa extirpación quirúrgica del cáncer de la próstata, pero parece apropiado reiterarlas ahora. 1.—A la palpación rectal, la neoplasia no debe extenderse a través de la cápsula, ni a la uretra membranosa, ni más allá de las bases de las vesículas seminales, y la glándula debe estar completamente movable, pues toda fijación indica la extensión de la enfermedad a los tejidos periprostáticos. 2.—Los signos de metástasis serán excluidos por medio de un cuidadoso examen físico y, particularmente, de estudios radiográficos. Las determinaciones de la fosfatasa ácida quedarán dentro de los límites normales, aunque muy raramente resultan elevadas, si no hay manifestaciones radiográficas de metástasis. 3.—El paciente debe constituir un riesgo quirúrgico satisfactorio y tener una buena expectativa de vida. Es dudoso que deba operarse a enfermos que tengan ochenta o noventa años de edad, siendo sabido que la mortalidad de cualquier procedimiento quirúrgico aumenta con la edad, y así

(6) Young, H. H.: The Early Diagnosis and Radical Cure of Carcinoma of the Prostate, Being a Study of 40 Cases and Presentation of a Radical Operation, Which Was Carried Out in Four Cases, *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 16: 315-321 (obre.), 1905; *The Radical Cure of Cancer of the Prostate*, *Surg., Gynec. & Obst.*, 64: 472-482 (bro. 15), 1937; *Surgery in Cancer of the Prostate*, *Correspondence*, *J. A. M. A.*, 119: 669 (junio 20), 1942; *The Cure of Cancer of the Prostate by Radical Perineal Prostatectomy (Prostato-Seminal Vesiculectomy): History, Literature and Statistics of Young's Operation*, *J. Urol.*, 53: 188-252 (no.), 1945.

lo comprueban ampliamente las muchas estadísticas publicadas con respecto a los varios procedimientos quirúrgicos usados para aliviar la hipertrofia prostática benigna. También sabemos que en los individuos de edad avanzada el cáncer de la próstata, generalmente progresa más lentamente, quizá debido a la disminución del estímulo andrógeno que ocurre en las últimas décadas de la vida. Sin embargo, la cuestión edad no puede gobernarse por ninguna regla precisa, pues existen variaciones individuales. La evaluación del estado físico del paciente y, en general, de su capacidad para resistir una operación de cirugía mayor debe dejarse al final de cuentas al juicio y experiencia del cirujano.

Al considerar estos hechos, resulta manifiesto que el número de pacientes apropiados para la operación radical representarán un porcentaje relativamente pequeño del número de casos de cáncer de la próstata que se presenta a observación. Vest y Prince (7) verificaron la operación en un 9% de los casos que observaron durante un período de dos años. En un estudio (8) de todos los casos de cáncer de la próstata observados en el Instituto Brady de Urología, de 1937 a 1942, inclusive, el autor descubrió que en 22.7% se ejecutó la operación radical (tabla 1), pero señalando que este porcentaje es más alto de lo que sería de esperar, porque muchos pacientes en los cuales habían hecho en otras clínicas el diagnóstico de carcinoma incipiente, habían sido enviados con la esperanza de que fuesen apropiados para dicha intervención. Algunos autores han hecho hincapié en ese pequeño porcentaje, indicación de que debe abandonarse la operación radical, pero por pequeño que sea este porcentaje de posibles curaciones, todo observador imparcial deducirá que esa opinión es insostenible y que no debe rehusarse la posibilidad de una curación radical a los pocos individuos en los cuales este ideal es obtenible. En muchas clínicas ha reinado la costumbre de no aconsejar tratamientos en los casos tempranos de cáncer de la próstata, esperando hasta que presentan síntomas de obstrucción urinaria. Esta actitud niega a esos pacientes la oportunidad de la erradicación total de su enfermedad ya que, casi invariablemente, cuando la neoplasia se ha

(7) Vest, S. A., y Prince, C. L.: Comunicación personal.

(8) Colston, J. A. C.: The Surgical Treatment of Carcinoma of the Prostate. *New England J. Med.*, 223: 205-212 (agto.), 1940; Carcinoma of the Prostate: A Study of the Percentage of Cases Suitable for the Radical Operation, *J. A. M. A.*, 122: 781-784 (julio 17), 1943.

extendido lo suficiente para ocasionar obstrucción, ha desaparecido la posibilidad de la curación por medio de la extirpación completa. No conocemos ninguna otra localización en el cuerpo humano en la cual se trate la malignidad temprana con tal filosofía de derrotismo.

Lewis (9) repasó, en 1942, los casos de prostatectomía radical tratados en el Instituto Brady de Urología, descubriendo que aproximadamente 50% de los enfermos habían vivido después 5 años o más. Hemos preparado este trabajo a fin de poner al día las estadísticas y determinar si podían obtenerse nuevas informaciones, especialmente en lo relativo al coeficiente de sobrevivencia de 5 años. Desde 1904, cuando Young llevó a cabo su primera operación radical, hasta 1939 se han llevado a cabo 88 operaciones radicales. Hemos excluido de la serie un caso en el cual se había hecho erróneamente, el diagnóstico de cáncer, encontrándose luego una tuberculosis difusa en la próstata. Entre los 87 casos operados con el diagnóstico de cáncer incipiente, hubo cinco muertos en el hospital; una mortalidad de 5.8% (tabla 2). Los críticos de la operación radical recalcan en particular la alta mortalidad que la acompaña, aunque en verdad compárase favorablemente con la observada en las operaciones llevadas a cabo con mira a la extirpación completa de enfermedad maligna en otras regiones del cuerpo humano.

TABLA 1

Porcentaje de casos apropiados para la operación radical encontrados entre todos los diagnosticados como carcinoma de la próstata desde el 1º de septiembre de 1937 hasta el 31 de agosto de 1942, inclusive.

Diagnóstico: Carcinoma de la próstata: número de enfermos, 358; número de operaciones radicales, 73; porcentaje, 20.2.

Admitidos al hospital: número de enfermos, 318; número de operaciones radicales, 73; porcentaje, 22.7

TABLA 2

Mortalidad operatoria en las operaciones por carcinoma de la próstata llevadas a cabo antes de 1939.

• Número de operaciones	87
Muertes en el hospital	5
Mortalidad	5.8%

(9) Lewis, L. G.: Carcinoma of the Prostate: Young's Radical Perineal Prostatectomy, J. Urol., 47: 302-305 (mzo.). 1942.

Al analizar las causas de muerte entre los fallecidos en el hospital, encontramos que quizás sea posible reducir aún más la mortalidad operatoria. En dos casos (uno de ellos el segundo en el cual se llevó a cabo la operación radical) la autopsia demostró que la muerte se debió directamente a pielonefritis ascendente. En uno, los orificios uretrales fueron traumatizados durante la operación, y en el otro se obstruyó completamente un uréter con las suturas usadas para cerrar la vejiga. Con la técnica usada hoy día se obtiene una visualización completa de la base de la vejiga, el trigono y de los orificios uretrales, de manera que es posible hacer la incisión en la base de la vejiga, entre el trigono y el orificio prostático a una distancia adecuada de los orificios uretrales. Durante los últimos 5 años no hemos visto ocurrir el accidente mencionado ni una sola vez. En otro caso la muerte se debió a choque, sobreviniendo dos horas después de la operación, la cual había creado dificultades técnicas debido al inesperado hallazgo de una difusión subtrigónica del cáncer. El paciente tenía 75 años y representaba un riesgo quirúrgico de lo peor. En el cuarto caso la muerte se debió a septicemia estafilocócica, cuyo foco primario radicaba en un absceso periuretral, siendo muy posible que hubiera podido salvarse a éste, si hubiera existido por aquel entonces la sulfaterapia y la penicilina. El último paciente falleció 36 horas después de la operación, de choque y anuria, debidos aparentemente a una enorme baja de la presión, a causa de una intensa hemorragia en el espacio prevesical.

De los 81 enfermos que sobrevivieron la operación (y es de recordarse que se llevó a cabo en varias ocasiones de 1904 a 1939), 39 (48.2%) vivieron 5 años o más sin el menor signo de recurrencia o de metástasis; 1 (1.2%) vive aún con signos radiográficos de metástasis; 29 (35.8%) murieron en términos de 5 años con recurrencia y/o metástasis; y 12 (14.8%) murieron en términos de 5 años de otra enfermedad sin signos de recurrencia y/o metástasis (tabla 3). Eliminado este último grupo, encontramos un coeficiente de 56.5% de sobrevivencia de 5 años o más sin recurrencias o/y metástasis (tabla 4).

(Continuará)

EL INSTITUTO MEDICO TECNICO SANICOL

OFRECE AL CUERPO MEDICO SUS NUEVOS PRODUCTOS:

HEPAGOL: Jarabe de Colina al 20% con Vitamina K.
Agente liotrópico inmejorable.

MEXILAL: Pomada conteniendo las principales sulfas
asociadas a la clorofila y urea antibiotico y
cicatrizante.

Y RECUERDA:

**GASTROPAN-
CREATINA:** Fermentos digestivos para la terapia de sus-
titución y ayuda digestiva.

**THIOSEPTIL
COLIRIO:** Sulfatiazol al 5% estabilizado para la anti-
biosis local de los órganos de los Sentidos.

TONOPRON: Complejo vitamínico B.

AMPOLLETAS, JARABE, GRAGEAS.

Contiene en proporción fisiológica todos los
principios vitamínicos del complejo B quími-
camente definidos y todos los factores no
identificados de la levadura para prevenir los
más frecuentes fenómenos de déficit en el
hombre alimentado en forma inadecuada.

MEDICACION INDOLORA



INSTITUTO MEDICO TECNICO SANICOL

CARRERA 9 N° 16-57. TELEFONO 1666. APARTADO 4889.
BOGOTA, COLOMBIA

SANTIAGO DE CHILE

BUENOS AIRES

LIMA