

**A T T I**  
**DELLA**  
**SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA**

Redatti a cura del Segretario Prof. Alberto Oberholtzer

---

*Tema di relazione*

Terapia chirurgica del cancro della prostata

Discussione

Prof. Salvador Gil Vernet



Estratto dal volume del XXXIV Congresso  
Roma, 13 - 14 - 15 ottobre 1961

Después de escuchar la magistral exposición hecha por el Prof. Bracci, y después de admirar las magníficas películas expuestas, debo felicitarle calurosamente. Cumplo con un deber, y es a la vez para mi motivo de satisfacción, porque ello pone en evidencia una vez más, el auge de la Urología Italiana. Y esto no es solo un juicio personal, que podría ser motivado por lazos de amistad. Es la expresión real, de la admiración y estima mundial que se tiene por la ciencia italiana, y que recientemente se ha puesto de manifiesto, elevando justamente a la presidencia de la Sociedad Internacional de Urología a un ilustre urologo italiano, el Prof. Pisaní al que felicito cordialmente.

El tema expuesto por el Prof. Bracci, es tan amplio y abarca tantos problemas, que en este momento no es posible tratarlos como se merecen.

Únicamente me referiré a los puntos que considero más importantes.

Por otra parte, en un artículo publicado recientemente en la revista «Urología», expongo mi criterio sobre las indicaciones quirúrgicas del cáncer de la próstata, basadas en el estudio anatomopatológico del mismo.

Quiero en este momento recordar, lo que expuse en el Congreso de Atenas al tratar el tema «Tratamiento del cáncer de la próstata», como pueden testimoniar algunos de los aquí presentes.

Puse de manifiesto, que el uso casi exclusivo del tratamiento hormonal, había motivado el abandono del tratamiento quirúrgico, que es el único que permite una curación definitiva, cuando se practica correctamente, de acuerdo con las leyes que rigen actualmente la cancerología. Y al decir esto, no quiero ni remotamente subestimar el gran valor del tratamiento hormonal.

En 1957 con motivo de la visita a mi laboratorio del Prof. Huggins de Chicago, tuve ocasión de hablar extensamente sobre estos problemas que tanto apasionan. Huggins es sin duda, el hombre que hasta el momento presente, ha contribuido con más eficacia a la curación del cáncer. Desde tiempo inmemorial, se vienen anunciando infinidad de fármacos que curan el cáncer. Vanas ilusiones, que se desvanecen a poco de su aparición.

de la uretra membranosa. Por ello, aconsejo practicar la sutura de la vejiga con el diafragma urogenital, con el fin de respetar dicha estructura. Esto, junto con la práctica de la perineotomía pararrectal, que respeta el esfínter, se evitan las incontinencias.

Belt sigue una técnica parecida, y tampoco observa incontinencias post-operatorias. El secreto estriba, en respetar escrupulosamente la integridad de la uretra membranosa, evitando suturas, desgarros y estiramientos.

### *Indicaciones terapéuticas.*

Los dos principios básicos que deben orientar la terapéutica quirúrgica del cáncer de la próstata son: aparición del foco canceroso en la periferia de la próstata cuadal, y propagación precoz a los espacios periprostáticos.

En el momento actual, conviene señalar algunas reglas si se quiere hacer una terapéutica racional.

1° - El tratamiento hormonal, se impone como terapéutica básica, en todos los enfermos afectos de cáncer de la próstata. Únicamente hay que advertir, la necesidad de un diagnóstico previo, seguro de la enfermedad. En los casos de duda, es preciso recurrir a la biopsia.

Si ante una simple sospecha de cáncer, se procede a la administración de estrógenos, se corre el riesgo de tratar como cánceres, casos que no lo son. De otra parte enmascaran el diagnóstico, pues es sabido, que este tratamiento provoca el reblandecimiento de los puntos indurados, y disminuye la fijeza de la glándula.

2° - Una vez hecho el diagnóstico del cáncer, debe establecerse inmediatamente el tratamiento hormonal, como preparación previa al acto operatorio, si el proceso se encuentra en fase de operabilidad. Hay que tener en cuenta la existencia de metástasis, la extensión del proceso, la edad y el estado general del enfermo.

3° - En los individuos de edad muy avanzada, con taras orgánicas importantes, y si el proceso neoplásico está en fase adelantada de propagación, el tratamiento hormonal es el único a emplear; salvo complicaciones de obstrucción, que obliguen a practicar una resección endoscópica del cuello vesical.

4° - En principio, la operación está indicada en los enfermos relativamente jóvenes, en los cuales el cáncer acostumbra a tener mayor malignidad, con tendencia a la formación de

metástasis. Por ello la ablación debe ser lo más precoz y extensa posible.

En cambio, en los enfermos de edad avanzada, generalmente el proceso sigue una marcha más lenta, con menos tendencia a la formación de metástasis. Generalmente se trata de cánceres diferenciados, (adenocarcinomas), que son los que mejor responden al tratamiento hormonal. Ello permite largas supervivencias sin molestias importantes, lo que equivale prácticamente casi a la curación.

5° - La resección endoscópica está indicada, cuando existe retención completa o grandes dificultades a la micción.

Pero es imposible por resección endoscópica, la extirpación total del cáncer de la próstata, ya que ello equivaldría a interesar los espacios periprostáticos, con la extravasación consiguiente.

6° - En los casos iniciales, y en los que el proceso está circunscrito a la próstata, con integridad de vesículas y ampollas, está indicada la prostatectomía total extracapsular, con conservación de vesículas y ampollas.

7° - Necesidad de extirpar totalmente vesículas y ampollas, cuando se note la más pequeña induración de estas formaciones, aunque parezcan sanas las partes más elevadas de las mismas, pues como hemos visto en algunas series, más allá de la normalidad aparente de vesículas y ampollas, existen a veces infiltraciones microscópicas. Por esto se comprendre, la inutilidad de estas pretendidas prostatovesiculotomías, en las pretendidas prostatovesiculotomías, en las aparecen estas formaciones extirpadas en fragmentos, en vez de constituir un solo bloque. De esto se infiere, la conveniencia de prolongar la exéresis lo más lejos posible, extirpando, junto con las vesículas y ampollas, la celda seminal que las envuelve, en cuyo espesor circulan vasos linfáticos.

8° - Entre las técnicas a emplear, creo preferible la vía perineal pararectal o la isquiorrectal, por su mayor benignidad y mejores resultados funcionales. Permite suturar la vejiga al diafragma urogenital, sin deteriorar la delicada estructura neuromuscular de la uretra membranosa, causa determinante, de incontinencia postoperatoria.

El punto difícil y peligroso, cuando se procede a la ablación por vía retropubiana, estriba como hemos dicho, en suturar la uretra membranosa con la vejiga.

9º - Cuando el cáncer alcanza la región trigonal, es inútil pensar en el tratamiento curativo. La infiltración invisible es siempre más extensa que la visible, y aun que aparentemente se corte parte sana (cosa por otra parte difícil, dada la vecindad de los meatos ureterales), a buen seguro quedarán infiltraciones neoplásicas en la porción contigua del muscolo vesical. En estas circunstancias puede estar indicada la cistoprostatovesoculectomía (Bracci).

10º - Inutilidad de la aplicación intravesical del radium. Si está invadida la base de la vejiga, resulta inútil por lo que acabo de decir, y si no está invadida, entonces huelga su aplicación.

11º - Imposibilidad de extirpar el diafragma urogenital. Prácticamente resulta imposible la prostatectomía, cuando existe invasión masiva de dicha formación anatómica. El tiempo más delicado de la ablación del foco neoplásico, es la liberación del polo inferior de la glándula. En ciertos casos, está indicada la aplicación de agujas de radium en el diafragma, despues de la ablación de la próstata. De esto se desprende la superioridad de la vía perineal sobre la vía alta, para realizar estas maniobras.

12º - Cuando el recto está invalido, puede estar indicada la ablación total del bloque visceral intrapelviano, junto con los vasos y ganglios linfáticos, realizando una verdadera pelvictomía como aconseja Bracci. Técnicamente esto es posible y soportable en enfermos no muy ancianos y con buen estado general. Y siempre hay que contar con la posibilidad de metástasis, que pueden contraindicar la intervención. Esta contingencia se presenta en todas las intervenciones por cáncer, efectuadas en cualquier parte del organismo.