

A PROPOSITO DE UN CASO DE CANCER DE LA PROSTATA

Por el Dr. *Alonso Carvajal Peralta.*

Paciente V. S. B., de 19 años de edad, natural de Caldas, agricultor, y de 19 años de edad. Ingresa a la clínica el 19 de diciembre de 1946. Los antecedentes personales y hereditarios no tienen importancia.

El enfermo nos refiere que 5 meses antes de su ingreso a la clínica empezó a notar trastornos miccionales consistentes en cierta dificultad para orinar con polaquiuria diurna y nocturna. Dos meses después de haber notado la presencia de estas molestias notó un dolor perineal que se irradiaba hacia el ano y hacia el pene. Un poco más tarde las molestias miccionales progresaron hasta producirle una retención completa de orina siendo necesario practicar cateterismos evacuadores repetidos. Los dolores aumentaron, presentándose un fuerte dolor en forma de ciática del lado izquierdo.

Examen. - Se trata de un enfermo joven, bastante desnudo con facies angustiosa que demuestra el sufrimiento que le produce su enfermedad, en especial los dolores. Aparato respiratorio normal. Aparato circulatorio normal. Sólo se observa una taquicardia de 100 pulsaciones por minuto y una baja de los glóbulos rojos (3 millones) y del porcentaje de hemoglobina (70%). Aparato digestivo: se observa dificultad para la defecación siendo ésta muy dolorosa. Sistema nervioso, normal. Organos de los sentidos normales.

Aparato urogenital. A la inspección llama la atención la presencia de un tumor en la región hipogástrica y que corresponde al globo vesical formado por la vejiga distendida. La exploración de la uretra no revela estrechez y pasa una sonda de boquilla N° 18 con la cual se hace la evacuación de gran cantidad de orina de aspecto turbio y de mal olor, saliendo al final, el resto del contenido, de aspecto sanioso. El examen de laboratorio nos demuestra la presencia de pus, sangre y gérmenes en gran cantidad. Al tacto rectal encontramos una gran

masa, muy dolorosa al tacto, de superficie irregular, de consistencia dura sin ser leñosa. No se pueden delimitar sus bordes porque dicha masa se continúa con los tejidos vecinos.

Por el mal estado del paciente y por no creerlo necesario no se practica cistoscopia.

Se procede a practicar una talla vesical el 18 de diciembre con el fin de evacuar la orina y desinfectar la vejiga. Se encuentra una gran masa formada por un tumor prostático que ha invadido ya la vejiga. Se toma una biopsia y se deja una sonda de Pezzer. Se aplica Penicilina y se hidrata al paciente con suero.

Practicado un examen anatómico-patológico da el siguiente resultado:

“Diagnóstico Anatómico-Patológico: “Infiltración carcinomatosa de la pared vesical”. Descripción macroscópica: Consiste el material de cinco fragmentos de tejido: uno grande que mide 20 x 10 x 6 mm. y cuatro pequeños, cuyo eje mayor es de 4 a 6 mm. Están constituidos por un tejido blanquecino denso y de mediana consistencia. En el fragmento mayor se observa una estructura canalicular, que se presenta en forma de una fisura de unos 3 mm. Descripción microscópica: Los cinco fragmentos aparecen constituidos fundamentalmente por tejido muscular liso, que desde luego corresponde a la pared vesical. En algún sitio aparece una pequeña capa de epitelio vesical (columnar pseudo-estratificado o de transición), en el cual no se nota particularidad alguna. El canaliculo o fisura, descrito anatómicamente en el fragmento mayor, aparece revestido por epitelio de tipo vesical y se encuentra rodeado por haces musculares (el aspecto del canal es igual al de un uréter). Los haces musculares vesicales están con frecuencia degenerados, en el sentido de que sus fibras han sufrido una hialinización más o menos avanzada. En los espacios interfasciculares aparecen numerosas células epiteliales, neoplásicas, de tamaño variable, pero ordinariamente pequeñas. Las células son de forma muy variable observándose elementos redondos globulosos, cuboides, y con mayor frecuencia fusiformes; numerosas células son de contorno muy irregular. Los núcleos presentan anisonucleosis, son sumamente hipercromáticos, homogéneos, y su membrana no está diferenciada. El citoplasma es generalmente escaso y con frecuencia no es aparente. En medio de las células neoplásicas se observan numerosos detritus nucleares. No se pudieron identificar células en mitosis. Los vasos que corren entre las capas musculares, no presentan otra particularidad que estar congestionados con frecuencia.

Conclusión: Consiste la lesión en una infiltración carcinomatosa de la capa muscular de la vejiga. No existe particularidad alguna, ni histológica, ni citológica, que permita identificar el sitio de origen del tumor, ni su variedad. Tal como se presenta la infiltración neoplásica, corresponde a un cáncer anaplásico, pero esto no es suficiente para determinar que el tumor primitivo también lo sea, puesto que con frecuencia en las metástasis u órganos vecinos infiltrados por un neoplasma. éste puede tomar estructura muy diferente". Firmado: Dr. Miguel Mariño Zuleta.

Con este dato llegamos a la conclusión que se trata de un cáncer de la próstata que ha invadido la vejiga y que por consiguiente se encuentra en un estado tan avanzado que es imposible pensar en cualquier tratamiento que no sea simplemente paliativo con el fin de disminuir un poco el dolor. El 12 de enero, previo consentimiento del paciente y sus familiares, se procede a practicar la castración. Se le prescribe luego Dietil-estil-bestrol. El resultado es satisfactorio porque aunque los dolores no desaparecen del todo, se obtiene una gran disminución y luego con pequeñas dosis de opiáceos se consigue tener aliviado al paciente.

Unos días más tarde el enfermo se queja de fuertes dolores de cabeza y trastornos visuales. Igualmente observamos en el reborde orbitario y en la región parietal la presencia de exostosis, lo que nos hace pensar que pueda tratarse de metástasis óseas. Con este fin se practican radiografías de la columna vertebral, del bacinete y del cráneo, con el siguiente resultado: "Las radiografías que corresponden a la columna lumbar y al bacinete, tomadas en diferentes posiciones, no presentan alteración en la estructura de los huesos ni en la conformación de las articulaciones".

"En las radiografías estereoscópicas del cráneo, tomadas en sentido anteroposterior y lateral no se observa alteración en la estructura de los huesos de la bóveda ni de la base".

Fdo. Dr. Carlos Trujillo Venegas.

Excluidas las Metástasis Oseas nos explicamos los dolores del plejo lumbar por Metástasis ganglionares a esta región y la cefalalgia y los trastornos visuales por una posible metástasis cerebral, diagnóstico que se confirma más tarde con la evolución de la enfermedad pues el enfermo presenta vómitos, el pulso se hace lento y entra luego en estado de estupor y de coma, y muere el día 6 de marzo.

A propósito del caso que se acaba de presentar y tomando la opinión de varios autores que se han interesado bastante por el estudio del cáncer de la próstata se pueden hacer algunas consideraciones de interés al respecto. Llama la atención que en este caso se haya presentado el cáncer de la próstata en un individuo cuya edad es sólo de 19 años, pues de ordinario, el cáncer de la próstata no se presenta antes de los 40 años, y algunos autores tienen en cuenta el tiempo de aparición para dividirlo en dos grupos: 1º El que aparece antes de los 50 años, es decir de los 40 a los 50, época en la cual de ordinario no se presenta el prostatismo por adenoma, y de ahí que un enfermo que presente dicha sintomatología es sospechoso de presentar un cáncer de la próstata. La mayoría de las veces en esta edad se presenta el cáncer primitivo de la próstata sin que además exista adenoma y si éste ya existe seguramente no es el causante de los fenómenos del prostatismo que presente el paciente. Debe tenerse en cuenta que el cáncer es más maligno cuanto menor es la edad del paciente, y esto lo comprobamos en el caso que se acaba de presentar. 2º En este grupo se encuentran los cánceres que aparecen en edad muy avanzada, al rededor de los 70 años y más. Siendo en esta edad mucho más frecuentes, pero dando menos manifestaciones clínicas, permaneciendo latentes, y muriendo los enfermos de otras afecciones distintas. Otras veces se presentan trastornos que lo ponen de manifiesto, pero siempre a esta edad presenta una evolución muy lenta. Debemos tener en cuenta que aunque estos pacientes tuvieran anteriormente un adenoma, si se practica la autopsia y se hace un examen de la próstata puede comprobarse que el cáncer se ha desarrollado sobre el tejido noble de ésta, permaneciendo el adenoma aparte, no tratándose por consiguiente de una degeneración de dicho adenoma. A estas consideraciones debe añadirse la importancia de la herencia, aunque en el caso descrito no se observa. Igualmente influye la raza y así por estadísticas que se han hecho, en el extremo oriente es muy raro, en cambio en la Europa Central y América es bastante frecuente.

Algunos autores le dan valor al factor alimentación y dicen que allí donde la alimentación es más abundante, y sobre todo entre las personas que hacen comidas copiosas y toman abundantes bebidas es donde se presentan con mayor frecuencia los tumores benignos y malignos de la próstata. Como causa principal se han orientado los investigadores hacia el factor bioquímico producido por sustancias cancerígenas que experimentalmente provocan la aparición del cáncer. Estos cuerpos

tienen una constitución química muy parecida a la foliculina y de ahí que los últimos estudios se orienten a buscar la causa principal en la disfunción de las glándulas de secreción interna y en especial en la glándula de secreción interna genital. En estos estudios se basa el método más moderno de diagnóstico precoz, como veremos más adelante. A estos factores debe añadirse la predisposición especial del órgano a ésta enfermedad, es decir que aparte del agente bioquímico cancerígeno deben existir ciertas condiciones especiales de receptividad del órgano para que el cáncer se origine y se desarrolle. Hay que colocar aquí todos los procesos inflamatorios crónicos y todas las causas de irritación local persistente y así tenemos la prostatitis crónica, la peridiverticulitis, siendo estas causas no exclusivas de la próstata sino que en otros órganos también se tienen en cuenta como en el caso de una úlcera callosa del estómago que puede degenerar en un cáncer de este órgano. Debe señalarse de manera especial la coexistencia del adenoma y del cáncer de la próstata, y en estudios que se hicieron en 54 cadáveres, en 52 se encontraron ambas lesiones, y sólo en 2 no existía adenoma. Pero debe observarse que siempre se ha encontrado perfectamente separado el núcleo adenomatoso, no tratándose por consiguiente, de una degeneración de éste, como decíamos antes, sino que estos núcleos adenomatosos obran probablemente como factores irritativos que comprimen el tejido noble de la próstata provocando su degeneración, pero claro está existiendo ya un factor bioquímico hormonal que ha provocado ya la aparición del adenoma. Por este motivo puede considerarse éste como un estudio de precáncer y de ahí que en muchos casos aunque el estudio anatomopatológico nos diga que se trata de un adenoma, ese enfermo puede presentar más tarde un cáncer de la próstata y de ahí la importancia de la operación precoz del adenoma para evitar en esta forma que este factor mecánico de compresión siga obrando sobre el tejido noble prostático.

Según una estadística de Caohler en 1931 y en un estudio practicado sobre 4.825 casos de cáncer en el hombre, el de la próstata ocupa el séptimo lugar. Algunos autores americanos sostienen que el cáncer de la próstata es tres veces más frecuente que el cáncer de cualquier otro órgano en el varón.

Recordando la historia de nuestro enfermo vemos que presenta la sintomatología clásica de prostatismo consistente en trastornos miccionales: Polaquiuria nocturna, micción retardada y prolongada, disminución de la fuerza del chorro y retención crónica incompleta que va progresando rápidamente has-

ta llegar a la retención completa con distensión, que obliga a practicar una talla vesical. En el cáncer prostático llama la atención la rapidez con que progresan la Polaquiuria y la Disuria que se manifiestan igual durante el día que en la noche, y se considera la aparición simultánea de estos dos síntomas como indicio de malignidad, pues en el adenoma la disuria va precedida de un largo período de simple polaquiuria, de modo que cuando estos dos síntomas aparecen asociados desde un principio, debe pensarse que puede tratarse de un carcinoma. En otros casos puede un individuo presentar fenómenos moderados de prostatismo originados por un adenoma, pero en cualquier época al lado de éste se presenta un cáncer prostático, y como ya lo dijimos, éstos síntomas que eran moderados progresan rápidamente, explicándose este fenómeno porque la Neoplasia empieza a invadir los sistemas musculares que toman parte en la micción. Otro de los síntomas que el enfermo presenta son los dolores. El cáncer de la próstata mientras permanece encapsulado es indoloro, salvo complicaciones inflamatorias concomitantes. Cuando los elementos neoplásicos siguiendo los linfáticos, alcanza los espacios periprostáticos y los plejos nerviosos de esta región que son prolongación del plejo hipogástrico, entonces sí aparecen los dolores del cáncer. Estos dolores son debidos al englobamiento e infiltración de los nervios y ganglios de estos plejos y del nervio pudendo interno lo que nos explica los dolores lancinantes que se presentan en la uretra y en el recto y que hacen doloroso cualquier cateterismo a pesar de la suavidad con que se practique. Por la irritación de los nervios tributarios del plejo hipogástrico se explica también el dolor que se presenta en la región lumbar, aunque éste no es exclusivo del cáncer y puede presentarse también en otras afecciones de la próstata y aún en las simples cistitis. En estos más adelantados cuando hay metástasis ganglionares y óseas se producen compresiones del plejo lumbar y sacro, manifestándose por dolores uni o bilaterales de las regiones inervadas por los nervios obturador, ciático y crural. Como se comprende estos dolores no sirven para establecer un diagnóstico precoz, pues cuando aparecen es porque el cáncer ya ha dado metástasis a las regiones citadas y posiblemente a muchos otros sitios. Otro síntoma que debe tenerse en cuenta para el diagnóstico del cáncer prostático son las hematurias. Pero este es un síntoma de poco valor para un diagnóstico precoz pues se presenta en períodos muy avanzados cuando la lesión ha invadido ya la mucosa ureteral, el cuello de la vejiga y el trigono. Anteriormente casi todos los autores daban a la hematuria gran

importancia y así se consideraba que hecha la prueba de los tres vasos y diagnosticada una hematuria inicial y terminal en una persona de edad avanzada era casi patognomónica de cáncer prostático. Hoy no se le dá esta importancia pues se sabe que en personas de edad avanzada, bien sea que presenten un cáncer de la próstata, o un simple adenoma y más aún que no presenten ningún proceso tumoral, cualquier causa irritativa puede provocar una ligera hematuria debida a que en esta edad en el tejido eréctil del corión de la mucosa uretral aparecen cavidades vasculares que sangran con gran facilidad. Otro síntoma sobre el cual no fue posible obtener un dato claro del enfermo, es el relacionado con los trastornos genitales. Según el Dr. Gil Vernet ciertos trastornos genitales pueden considerarse como síntomas patognomónicos de cáncer de la próstata, especialmente cuando se presentan en individuos que todavía debían conservar normales sus funciones genitales, y cuando se encuentran asociados a síntomas de prostatismo. No sirven para un diagnóstico precoz pues para que se presenten se necesita que el neoplasma haya invadido ya los espacios periprostáticos y alcanzado las vesículas seminales. Sin embargo no puede descartarse la posibilidad de que en la fase inicial de encapsulación ya se presenten estos trastornos genitales, lo que no sucede en el adenoma prostático, y si los enfermos afectados de carcinomas se someten a un interrogatorio detenido, se puede comprobar que desde un comienzo han notado disminución manifiesta de la potencia sexual hasta llegar a la desaparición completa de la misma. Esto es debido a que el cáncer se desarrolla siempre en la porción glandular de la próstata y es precisamente la musculatura de esa región prostática la que teniendo conexiones íntimas con la musculatura de las vesículas seminales regula las funciones genitales, y de ahí la repercusión que un cáncer prostático puede tener sobre dichas funciones.

De ordinario la evolución del cáncer prostático es lenta y progresiva, y la muerte sobreviene entre uno y diez años teniéndose como promedio tres años. La muerte se produce generalmente por caquexia, aunque algunas veces pueden presentarse antes complicaciones que terminan con la vida del enfermo.

Las complicaciones más frecuentes son: Anuria excretoria, Pielo-nefritis, estrechez del recto y por consiguiente oclusión intestinal. Puede además dar metástasis óseas, ganglionares, y también al pulmón, hígado y cerebro. En este enfermo posiblemente y por la sintomatología que presentó últimamente hubo una metástasis cerebral que fue la que le ocasionó la

muerte. Como ya lo dijimos no se encontraron metástasis óseas en los exámenes radiográficos que se le practicaron, pero los dolores del plejo lumbar nos indican que hubo metástasis ganglionares en esta región.

Como lo dijimos, al tacto rectal se encontró una próstata dolorosa, muy aumentada de tamaño que presentaba varios nódulos en la superficie, de consistencia dura, sin poder decir que fuera una consistencia leñosa. Sus límites habían desaparecido y se encontraban prolongaciones de la misma hacia arriba y hacia los lados. En este caso el examen era fácil por ser una próstata baja, pues debe tenerse en cuenta que algunas veces presenta una situación muy alta que dificulta explorar sus bordes superiores y es casi imposible el tacto de las vesículas seminales. No siempre se encuentran en el cáncer de la próstata un aumento tan considerable de tamaño, como en este caso. Sobre todo al comienzo de la lesión es frecuente encontrarla de tamaño y forma normal, desapareciendo estas con el progreso de la enfermedad. La sensibilidad sí se presenta desde el comienzo y si se practica un masaje se provoca gran dolor. La induración sí es una característica del cáncer de la próstata. Al principio se notan sólo algunos nódulos duros, luego todo un lóbulo. Más tarde esta dureza se generaliza a todas las superficies exporables de la próstata percibiéndose una placa dura y uniforme que llega a tener una consistencia pétreo o leñosa que no se encuentra en ninguna otra afección prostática. Al invadir el cáncer los tejidos y órganos vecinos forma un bloque de consistencia dura en el cual no es posible distinguir la próstata de los demás órganos. Un método de exploración muy importante es la uretrocistoscopia que nos da el dato de la existencia de nódulos adenomatosos y si examinamos con cuidado el cuello y el trigono vesical podemos encontrar, en un período avanzado, masas tumorales recubiertas por mucosa sana o edematosa. Un examen muy importante que debe practicarse no solamente cuando se ha diagnosticado el cáncer prostático, sino cuando sólo sospechamos que pueda existir, y sobre todo cuando hay neuralgias, especialmente ciáticas, es una radiografía de la pelvis y de la columna lumbar, siendo frecuentes los casos en que se ha llegado a un diagnóstico de cáncer prostático por el solo hecho de haber tomado radiografías para descubrir la causa de una ciática, y al encontrar las metástasis óseas se ha podido comprobar que tenían origen en un cáncer de la próstata que no había producido sintomatología urinaria ninguna. Se ha observado que ciertas formas de cáncer prostático desde un principio tienden a dar metástasis. Un método

definitivo para el diagnóstico es la biopsia. Muy sencilla de practicar en estado avanzado de la lesión cuando ya hay invasión de la mucosa uretral y del trigono vesical, pues en este caso basta tomar por medio de una uretrocistoscopia una muestra del tumor. En cambio existe el problema cuando se encuentra en estado en que el médico duda que pueda tratarse de una prostatitis crónica o un cáncer. Para practicar una biopsia en este estado se han ideado varios métodos: Algunos aconsejan llegar a la cara posterior de la próstata por el método que se emplea para practicar una prostatectomía por vía perineal, tomar una muestra del lóbulo sospechoso, practicar cortes por congelación y en caso positivo terminar la operación extirpando la glándula. Tiene este método el inconveniente de que en el caso contrario se ha sometido al paciente a una intervención siempre delicada. Se usa otro método que consiste en tomar una muestra de tejido prostático por aspiración a través de un uretroscopio, pero este examen no da mucha seguridad pues al comienzo de la lesión los nódulos cancerosos se encuentran muy alejados de la pared uretral, de tal manera que un resultado negativo, no excluye la existencia de un cáncer de la próstata en su comienzo. Viethen emplea la vía transrectal usando un aparato en forma de trócar de su invención. El método es peligroso, pues es muy fácil, como él mismo dice, la herida de la vejiga y de la uretra. Lowsley ha ideado un instrumento también en forma de trócar con un tubo cortante, que se introduce por vía perineal, a través del rafé anobulbar, dirigiéndose por medio del tacto rectal hasta la próstata. Según este autor este método de biopsia le ha dado muy buenos resultados para el diagnóstico precoz en casos en que existen nódulos sospechosos.

Un método de diagnóstico de cáncer de la próstata que se está poniendo hoy en práctica con muy buenos resultados es el estudio de las fosfatasa del suero sanguíneo, método indispensable sobre todo cuando existe metástasis óseas sin mayor sintomatología urinaria, y por consiguiente es difícil el diagnóstico diferencial con una enfermedad de Paget.

En estado avanzado de esta enfermedad se encontrarán niveles muy elevados tanto de la fosfatasa ácida como de la fosfatasa alcalina del suero, mientras que en las metástasis óseas del carcinoma prostático sólo estará notablemente elevada la fosfatasa ácida. La cantidad normal es de cuatro unidades King y Armstrong por cien centímetros cúbicos de sangre. Se ha demostrado que este fermento existe en grandes cantidades en el tejido prostático carcinomatoso y en las metástasis óseas y que

los pacientes afectados de esta enfermedad lo presentan en grandes cantidades en el suero sanguíneo. Se ha demostrado también que un aumento notable de fosfatasa ácida existe sólo en el carcinoma de la próstata con metástasis óseas, donde una elevación de diez o más unidades por 100 cc. de sangre, elevación que no se encuentra en el carcinoma sin metástasis ni en las demás afecciones de la próstata: Prostatitis, Adenoma etc. Algunas veces puede haber carcinoma con metástasis óseas y sin elevación de la fosfatasa ácida del suero sanguíneo, lo cual es raro, pero en cambio siempre que hay un aumento de 10 unidades o más de fosfatasa ácida, puede hacerse el diagnóstico de carcinoma prostático con metástasis óseas. Por este motivo se ha demostrado su utilidad:

1º Como medio de hacer un diagnóstico en el caso que acabamos de citar.

2º Como guía para la conducta que debe seguirse: en el caso de indicarnos que no hay metástasis podemos intentar el tratamiento quirúrgico y en caso contrario sólo un tratamiento paliativo.

3º Para saber en caso de encontrar metástasis óseas, si éstas son de origen prostático.

4º Como índice de recidiva después de una prostatectomía para cáncer.

5º Como ya vimos, para diferenciar la enfermedad de Paget de las metástasis óseas del cáncer de la próstata.

Diagnóstico. Volviendo sobre el caso de nuestro paciente, observamos que se trataba de un tumor muy grande en un individuo de sólo 19 años de edad y que tuvo una evolución muy rápida. Además la consistencia no era leñosa, y la superficie siendo irregular no presentaba nódulos propiamente dichos. Estas características son propias del sarcoma de la próstata lo que nos inclina a pensar que se tratara de esta variedad de tumor y no de un epiteloma cuya consistencia es leñosa y en la superficie se encuentran numerosos nódulos. En este caso descartamos la posibilidad de que pudiera tratarse de una hipertrofia adenomatosa: por la evolución rápida de los fenómenos del prostatismo hasta llegar a la retención completa, por la aparición casi concomitante del dolor, por los trastornos generales especialmente la anemia, y por el signo de Chevassu que consiste en el paso de un cateter duro a la vejiga el cual en caso de cáncer prostático no se percibe por el tacto rectal. Descartamos también una tuberculosis porque en este caso se encuentran nódulos duros que alternan con partes blandas o re-

nitentes, correspondientes a verdaderas cavernas, y con frecuencia se encuentran localizaciones de la enfermedad en otros órganos. La diferenciación con una prostatitis crónica de origen gonocócico fue fácil. Pero con frecuencia esta afección es la que más se presta a ser confundida con un cáncer incipiente o encapsulado o cuando se encuentra en la fase inicial de invasión periprostática. En efecto, en la prostatitis crónica se encuentra una consistencia dura pero siempre menor que en el caso del cáncer generalmente se encuentran afectados ambos lóbulos y raramente uno solo como el cáncer y siempre en la prostatitis crónica los límites de la glándula se encuentran bien marcados. En ambos casos hay sensibilidad pero si practicamos un masaje, en la prostatitis observamos la salida de un líquido purulento con lo cual siente alivio el paciente y en cambio al practicar un masaje, si se trata de un cáncer, el dolor aumenta y sólo observaremos, si acaso, la salida de algunas gotas de sangre.

El tratamiento en este paciente fué únicamente paliativo y tendiente a evacuar la orina por medio de una talla vesical definitiva y a disminuir los dolores por medio de la castración. Este último método da muy buenos resultados y sólo se anota en su contra la resistencia de algunos pacientes a la operación y el complejo que produce en algunos la falta de sus testículos. Para evitar esto se han ideado algunas técnicas consistentes en dejar algún cuerpo extraño de forma esférica en las bolsas. En este enfermo se practicó otro método que consiste en el vaciamiento de la substancia propia del testículo con conservación de la albuginea y del epidídimo, quedando en esta forma el paciente con la sensación de que sus testículos no han sido extirpados. Este tratamiento quirúrgico puede ser completado, y fue lo que se hizo en este caso, con dosis diarias de Dietilestilbestrol.

En casos en que el diagnóstico de cáncer de la próstata se haya hecho precozmente el tratamiento indicado es la prostatectomía total por vía perineal para la cual se han descrito diversas técnicas.

BIBLIOGRAFIA

- CLINICA UROLOGICA. — Oswald S. Sowsley y Thomas S. Kirwin.
PATOLOGIA UROGENITAL. — Prof. S. Yil Vernet.
TRAITE CHIRURGICAL D'UROLOGIE. — F. Legueu.