

LAS METÁSTASIS EN EL CARCINOMA DE LA PRÓSTATA *

AQUILINO VILLANUEVA
Académico de número

Durante los últimos 15 años ha vuelto a tener gran interés el estudio del carcinoma prostático, especialmente después de los trabajos de Rich y Moore que revelaron la existencia de numerosos cánceres ocultos descubiertos en autopsias, y que jamás habían producido trastornos urinarios durante la vida. Más tarde, Kutscher y Wolbergs descubrieron una enzima en el tejido de la glándula prostática (la fosfatasa) que es elaborada por el epitelio de esa glándula. Posteriormente, los estudios de Gutman y Gutman vinieron a comprobar que, en el carcinoma de la próstata, la mencionada enzima se encontraba aumentada en la sangre. Desde entonces, el estudio de las fosfatasas ácida y alcalina ha sido de un gran interés en el diagnóstico del padecimiento que nos ocupa, y de un valor decisivo en los casos avanzados, sobre todo en el estudio de las metástasis que frecuentemente se observan en esta enfermedad. En los casos incipientes, cuando las metástasis son discretas hay pocas variaciones en estas fosfatasas. A pesar de estos progresos, especialmente después de los estudios del profesor Huggins que revelaron la existencia de dos grupos antagónicos de hormonas: las andrógenas que estimulan la producción del carcinoma de la próstata, y las estrógenas que lo atenúan o detienen, se llegó a la conclusión de que, por medio de la orquiectomía bilateral, es decir, mediante la supresión de los testículos (fuente principal de hormonas androgénicas) se llegaba a detener la evolución del padecimiento; pues bien, a pesar de estos estudios realizados con todo rigor científico, existen numerosas interrogaciones y problemas relacionados tanto con el diagnóstico como con el tratamiento de esta enfermedad neoplásica.

En este breve trabajo sólo voy a referirme a las metástasis producidas por el carcinoma prostático y que llamaron poderosamente mi atención desde que pude apreciarlas en los primeros casos de cáncer prostático. El primer caso que observé hace aproximadamente 30 años, se trataba de un hombre de negocios de más de 50 años y que tenía por costumbre visitar periódicamente las clínicas norteamericanas para hacerse un estudio clínico general. Se le encontró una hematuria microscópica que reveló la existencia de un carcinoma oculto de la próstata, con metástasis en los huesos de la pelvis. Regresó a México con las indicaciones de que se le practicara un tratamiento de terapia profunda. Tuve la oportunidad de

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 2 de diciembre de 1953.

estudiarlo, y creo que este estudio lo hice en compañía del doctor Manuel Madrazo; llegué a las mismas conclusiones y comprobé efectivamente la existencia de metástasis más o menos extensas en los huesos de la región ya mencionada. Los tratamientos de terapia se le practicaron con cierta irregularidad y tres años más tarde sucumbió por una metástasis hepática. Posteriormente he examinado a algunos pacientes con apariencia de cáncer primario de hígado o de pulmón, en quienes al tacto rectal pudo apreciarse una neoplasia de la próstata más o menos extensa; es decir, que en estos casos el carcinoma primario estaba en la próstata y había evolucionado con ligeros o nulos trastornos urinarios. En otras ocasiones las lumbalgias y las pseudociáticas tenaces y progresivas, han demostrado ser de este mismo origen neoplásico. Indiscutiblemente las metástasis más frecuentes en el cáncer de la próstata son las óseas y por eso a ellas voy a referirme principalmente.

Metástasis óseas. Estas metástasis son relativamente frecuentes; Bumpus las encontró en 61 de 228 casos, Duncan 85 de 308; Marks en 58 de 108 casos y Figueroa Alcorta en 23 de 66 casos. Según estas estadísticas se considera que más de un 30 por ciento fué afectado por metástasis óseas. El doctor Rioseco, de Santiago de Chile, en 95 casos de neoplasma prostático encontró 39 casos de metástasis (41.05%), distribuidos en la siguiente forma: 30 en sistema óseo, cuatro en linfáticos, dos en pulmón y uno en hígado.

En 124 enfermos de mi clientela privada con carcinoma de la próstata se registraron 44 casos con metástasis, que representan un 35.4 por ciento de los cuales 32 fueron óseas, dos en pulmón, cuatro en hígado, una en laringe, una en riñón, una en ganglios inguinales, una en mediastino y una en testículo. La edad de los enfermos con cáncer prostático fué variable, pero la mayor parte de ellos estuvieron comprendidos entre los 60 y 70 años. Sin embargo, existe un grupo cuyo por ciento es menor, entre 50 y 60 años. Se ha dicho que cuando los prostáticos de menos de 55 años manifiestan trastornos de obstrucción, debe tenerse en la mente la existencia de un carcinoma prostático; lo mismo los ancianos de más de 70 años de edad en quienes se hará un estudio detallado investigando, no sólo el cáncer prostático, sino un estudio completo que incluya naturalmente, el radiológico para la investigación de metástasis. En nuestros casos el más joven fué un muchacho de 24 años y hubo tres enfermos cuya edad osciló entre los 40 y 45 años.

Según Kaufmann el 70 por ciento de las metástasis del carcinoma prostático son óseas, en comparación con el tiroides que da 37 y la glándula mamaria 14 por ciento. La distribución topográfica en nuestros enfermos observados fué la siguiente: en primer término en los huesos de la pelvis, especialmente los ilíacos; en segundo lugar, la columna vertebral, de preferencia la región dorsolumbar; después los huesos largos, sobre todo el fémur y, finalmente, las costillas y el cráneo. También se han publicado casos de enfermos con metástasis en clavícula, omóplato y esternón, algunas de las cuales también hemos observado en nuestros pacientes.

Se han descrito como características ciertas formas de metástasis óseas; pero algunos tipos se prestan a confusión con la enfermedad de Paget; esta última fué descrita anteriormente a las descripciones clásicas que hoy tenemos sobre metástasis óseas del cáncer de la próstata. Estas metástasis del carcinoma prostático comprenden especialmente las formas osteoplástica y osteolítica de los huesos de la pelvis, y cuando se encuentran combinadas, y son extensas y difusas, se las ha llamado metástasis pagetoides; sin embargo, podemos considerar como las formas más comunes y en orden de frecuencia, las siguientes:

a) metástasis osteoplásticas, ósteocondensantes, de aspecto de marfil; b) metástasis osteolíticas, osteoclásticas, osteoporóticas; c) metástasis en forma difusa, generalizadas y de las que hablé en párrafos anteriores, es decir, las llamadas pagetoides, en las que pueden observarse tipos productivos con grandes depósitos de calcio, o bien tipos destructivos, localizados a los huesos de la pelvis y de la columna vertebral, cuyo aspecto radiológico da la impresión de un hueso poroso en el que ha habido resorción de gran parte del armazón del tejido óseo.

Si se estudian los otros huesos, especialmente costillas, cráneo y fémures, es frecuente encontrar otros focos metastáticos. Existe cierta semejanza de estas metástasis del carcinoma prostático con el cáncer de la mama y el de la glándula tiroides, tanto por su frecuencia como por el aspecto y localizaciones que tienen en el tejido prostático.

Los neoplasmas de la próstata generalmente tienen una evolución lenta, pero cuando han invadido la cápsula, la invasión hacia las vesículas seminales y hacia la vejiga es más rápida y se cree que se debe a que existen numerosos filetes nerviosos periprostáticos y que la invasión del tumor se hace a través de los linfáticos perineurales. Los principales grupos de linfáticos, según lo ha descrito Sappey y que salen de los espacios perilobulares de la próstata, están dirigidos hacia cuatro troncos principales, dos derechos y dos izquierdos; estos trabajos fueron confirmados más tarde por Walker, Cunéo, Sthar y Bruhns, quienes insisten sobre las relaciones entre los linfáticos de la próstata con los de la base de la vejiga y de las vesículas seminales; según ellos, la disposición de los linfáticos colectores pueden resumirse en los siguientes grupos (descritos por Herbst):

1) linfáticos que pasan a los lados del recto y se dirigen hacia la vena ilíaca interna y están en relación con el plexo sacro, lo cual explica la existencia de la ciática uni o bilateral que generalmente se observa en el carcinoma prostático desde su iniciación.

2) linfáticos que pasan a lo largo de las vesículas seminales, canales deferentes y uréter.

3) linfáticos que se dirigen hacia la cadena de ganglios ilíacos internos y externos de ambos lados, siguiendo los vasos grandes de la cavidad abdominal y torácica. Por esta red pueden llegar las metástasis a pulmón y mediastino y aun a los ganglios supraclaviculares.

4) linfáticos que van hacia los ganglios inguinales y femorales. Esta variedad es poco frecuente de observar.

Los grupos ganglionares más afectados son los pélvicos, incluyendo los periliácos, periaórticos y peribronquiales; algunas veces se aprecian en los inguinales y aun en el mediastino y los supraclaviculares. En las autopsias de los casos avanzados puede observarse la existencia de un semillero de ganglios en toda la cavidad abdominal, torácica y hasta en los del cuello. Pero se cree que es por los plexos venosos periprostáticos, que están en comunicación con las venas femorales, con las pudendas y hemorroidales y con esa rica red de venas que existen en la pelvis y que se intercomunican con las venas prevertebrales, por donde se hace la invasión hacia la columna vertebral en el cáncer prostático, según lo afirman Coman y Long en sus trabajos experimentales. Por la vía sanguínea puede hacerse la metástasis a pulmón, hígado y cráneo. El tamaño de la vena tiene gran importancia, pues cuando es muy pequeña, las células neoplásicas pueden permanecer ahí largo tiempo hasta obstruir la luz del canal; no así cuando ha penetrado venas de importancia de donde pueden ser arrastrados émbolos a vísceras en las cuales pueden injertarse. Costero señala que otro camino importante en el desarrollo de la metástasis hematógena es la invasión del conducto torácico. R. A. Willis confirma la opinión del profesor Costero, pues en 500 necropsias de toda clase de neoplasias, él observó 18 casos de invasión del canal torácico o sea de un tres a un seis por ciento; la mayor parte de estos casos fueron tumores abdominales. Existe también cierta predilección topográfica por algunos tumores como los de la próstata que, además de los huesos, tienen tendencia a invadir pulmón, y los del recto que además de los ganglios regionales, tienden a invadir hígado.

Algunas consideraciones sobre el diagnóstico. La relación entre el tamaño de la próstata y la existencia de metástasis no está de acuerdo, pues hemos observado próstatas chicas con un pequeño nódulo o un ligero endurecimiento de la glándula, que han sido la causa de metástasis más o menos graves y para cuya comprobación hubo necesidad de recurrir a la biopsia; pero la mayor parte de las veces existen trastornos urinarios con manifestaciones evidentes de un carcinoma prostático. Los casos en que existe un desarrollo voluminoso de la próstata con manifestaciones de invasión hacia vesículas seminales y hacia la base de la vejiga, son los más frecuentes en dar metástasis, especialmente en aquellos enfermos que han tenido una historia de prostatismo por varios meses o años.

Las manifestaciones más apreciables, además de los trastornos urinarios que consisten en disuria que puede ser desde discreta hasta la retención de orina, son algias perineales, rectales, lumbares, sacras, ciáticas persistentes, acompañadas en algunas ocasiones de edemas en los miembros inferiores. Se presentan signos de insuficiencia renal que es secundaria a la invasión del piso de la vejiga y de la porción mural de los ureteres, impidiendo la función normal de uno o de ambos riñones, o en ocasiones de toda la vejiga, lo que frecuentemente es la causa de la muerte de estos enfermos. Cuando esta insuficiencia renal no es muy avanzada y se puede practicar la urografía excretora, a menudo se observa hidronefrosis bilateral y algunas veces uno de los riñones puede estar completamente excluí-

do, es decir, que el medio de contraste no se elimina por ese lado. Además de estos síntomas, puede apreciarse baja de peso, inapetencia, anemia secundaria y trastornos digestivos más o menos serios.

Los estudios radiológicos son muy importantes y decisivos en el diagnóstico; la mayor parte de las veces la investigación de metástasis se realiza con la idea de que podrán encontrarse éstas. El diagnóstico diferencial de las metástasis óseas del carcinoma prostático con la enfermedad de Paget es asunto de gran interés, pues aunque este padecimiento no es muy frecuente, puede confundirse con las primeras, ya que se presenta también en personas de edad avanzada y en el sexo masculino. Sin embargo, en la enfermedad de Paget las localizaciones son más frecuentes en el cráneo, raramente en las costillas; cuando existen lesiones en los huesos largos, éstos están incurvados; la trabeculación se conserva más en la enfermedad de Paget, predominando las lesiones de osteoporosis; la fosfatasa alcalina está aumentada, contrariamente de lo que sucede en el carcinoma prostático, en que la fosfatasa ácida es la que se eleva.

Puede ocurrir que se encuentren manifestaciones discretas de metástasis en los huesos, sin que sea muy clara la existencia del carcinoma, en tales casos debe recurrirse a la biopsia, ya sea por perineotomía utilizando bien la aguja de Silverman o bien por medio de la resección transuretral; los argentinos han usado con mucha frecuencia la biopsia transrectal; esta técnica se les atribuye a Mariani, Astraldi y López. Desde hace más de 20 años el doctor Hugh Young hacía una perineotomía y tomaba un fragmento para biopsia; cuando era positiva al cáncer, practicaba prostatectomía perineal radical. Esta conducta se sigue todavía y nosotros la hemos llevado a cabo en varias ocasiones.

También se le ha dado gran importancia en los últimos años al estudio citológico de la secreción prostática; pero en realidad los resultados obtenidos por diferentes autores son contradictorios. Yo he encontrado dificultad en obtener dicha secreción, porque en algunas ocasiones es necesario hacer masajes enérgicos que frecuentemente son dolorosos y creo que pudieran ser motivo de provocación de metástasis; además, la cantidad de secreción obtenida es muy pequeña; de todas maneras, no deja de ser un gran recurso en el diagnóstico temprano del cáncer prostático, sobre todo cuando es positiva.

Metástasis pulmonares. Generalmente son múltiples, redondeadas, frecuentemente bilaterales, y ceden y aun desaparecen con el tratamiento hormonal a base especialmente de la orquiectomía bilateral y estrógenos. El doctor Costero afirma que las metástasis de los tumores en general se comportan, bajo el punto de vista histológico y funcional, como el tumor primitivo y que tienen una estructura idéntica y elaboran las mismas sustancias. Willis, en su serie de 500 autopsias de metástasis de diferentes partes del organismo, la encontró en los pulmones 147 veces, es decir, en un 29 por ciento que es inferior a las metástasis en el hígado que la encontró en 180 casos o sea en un 36.

Ackerman y Regato creen que las metástasis en el pulmón por cáncer prostático son frecuentes, y que la ruta de invasión es la linfática. El diag-

nóstico de dichas metástasis generalmente se hace por estudios radiológicos, por la presencia de sangre en el esputo y por el estudio citológico de la expectoración que algunas veces es positivo. Sin embargo, las metástasis pulmonares son frecuentemente asintomáticas o con ligeros trastornos respiratorios que sólo la exploración radiológica es capaz de revelar.

Drumond cita un caso, tratado en el año de 1949, de carcinoma prostático con múltiples metástasis pulmonares, que presentaba un cuadro agudo y dramático que daba la impresión de tratarse de un infarto pulmonar; hizo un tratamiento con 150 mg. diarios de estilbestrol por vía oral y 150 por vía intramuscular por varios días, con lo que desaparecieron rápidamente las metástasis y mejoraron notablemente los síntomas urinarios; varios días después de este tratamiento suspendió el estilbestrol inyectable, y lo continuó solamente por vía oral. Asegura el autor que el enfermo toleró perfectamente esta dosis y cree que en general se toleran mejor estas dosis altas que las dosis que habitualmente se instituyen.

Las metástasis del pulmón tienden a situarse más a menudo en la base que en el vértice; en otras ocasiones pueden encontrarse debajo de la pleura y algunas veces cerca del hilio. Existe una forma de carcinomatosis miliar que es el resultado de una invasión en masa del pulmón, con múltiples focos repartidos en ambos pulmones. La mayor parte de las metástasis del tejido pulmonar, como en otros tejidos homogéneos, son esféricas y perfectamente circunscritas; más tarde estos focos pulmonares pueden sufrir cambios degenerativos e infecciones secundarias, especialmente cuando se han comunicado con los pequeños bronquiolos. La extensión del tumor puede hacerse por vía intraalveolar o por invasión intersticial, respetando casi siempre las arterias del pulmón, no así las venas que frecuentemente son invadidas. Chennan vió la invasión de la vena cava superior en un caso de metástasis pulmonar.

Metástasis hepática. Nosotros hemos tenido oportunidad de observar en más de una ocasión este tipo de metástasis, que al principio se pensó que eran tumores primarios; pero que la exploración urológica reveló ser secundarios a carcinomas prostáticos; en estos casos se encontró, además del crecimiento del hígado, la existencia de nódulos duros que desaparecieron temporalmente con el tratamiento hormonal, pero en ninguno de ellos tuvimos la comprobación histopatológica por biopsia o por necropsia, pues no se practicaron ni la una ni la otra. Las metástasis en el hígado son generalmente graves, pues los enfermos se quejan de anorexia casi absoluta y naturalmente tienen un rápido enflaquecimiento con trastornos digestivos más o menos graves, y lo que viene a comprobar la naturaleza del padecimiento es la mejoría que se observa con el tratamiento hormonal y el hallazgo de un carcinoma prostático, con elevación de las fosfatasas sanguíneas.

Metástasis del mediastino. Estas metástasis, especialmente cuando proceden de la próstata, son raras; sin embargo, pueden observarse en los linfosarcomas y en la enfermedad de Hodgkin, así como en los carcinomas del esófago y los del pulmón.

Las metástasis al corazón también son raras y casi siempre son secundarias a carcinomas de la mama y del pulmón. Bisel y Wroblewski, citando un estudio de metástasis cardíaca realizado entre 1948 y 1950, en 500 casos de muertes consecutivas por cáncer en varias partes del cuerpo y de 304 casos de cáncer visceral, pudieron observar que cinco eran de origen prostático de las cuales una tenía metástasis en el miocardio, lo que representa un 20 por ciento. El caso de metástasis del mediastino que tengo anotado en mi estadística, fué de evolución prolongada, pues el enfermo dejó pasar bastante tiempo para atenderse. El tacto rectal, las fosfatasa y la biopsia revelaron la existencia de un carcinoma prostático y se le practicó una resección transuretral y orquiectomía bilateral; dos años más tarde, tiempo que transcurrió sin trastornos urinarios, presentó algunos trastornos cardiovasculares que hicieron pensar en un tumor del mediastino, lo cual fué comprobado por estudios radiológicos.

Pronóstico y tratamiento. Desde las investigaciones del profesor Huggins acerca del tratamiento en el carcinoma prostático, ha cambiado la situación de estos enfermos, pues además de que se les ha prolongado la vida, se les han evitado sufrimientos.

En los cánceres prostáticos incipientes, la cirugía radical ha logrado sobrevividas por más de cinco y 10 años, en un porcentaje que varía entre 40 y 50. La cirugía endoscópica, es decir, la resección prostática transuretral, también tiene un porcentaje de sobrevividas bastante satisfactorio, y que, según Barnes, es muy parecido a las cifras anteriores, no así en los cánceres avanzados, que por desgracia son la mayoría, en que las sobrevividas son menores de cinco años. En estos casos existen dos problemas: uno se refiere a la invasión local del tumor, que frecuentemente se extiende hacia vejiga, vesículas seminales, uréter y recto, y cuyos síntomas predominantes se relacionan con la obstrucción urinaria que impide el vaciamiento de la vejiga; en estos casos el tratamiento hormonal a base de la orquiectomía bilateral y la medicación estrogénica seguida de la resección prostática transuretral que permite el funcionamiento más o menos normal de la vejiga, son de brillantes resultados en la mayoría de los casos. El segundo problema se refiere al tratamiento de las metástasis, al estado general del paciente y a las complicaciones que sobrevienen de una manera sobresaliente: las infecciones urinarias, la insuficiencia renal crónica, la anemia y en algunas ocasiones trastornos cardiovasculares que están más bien en relación con la edad de los pacientes. En tratándose de metástasis en los huesos, el pronóstico es variable, porque cuando estas metástasis están limitadas a la pelvis y a los huesos largos, tienen una evolución lenta y con pocas molestias; no así las metástasis de la columna vertebral, especialmente las llamadas pagetoides, que se acompañan frecuentemente de dolores radicales, tenaces y persistentes, que aunque al principio ceden al tratamiento hormonal, pasados algunos meses reaparecen; sin embargo, en ocasiones mejoran con el tratamiento estrogénico asociado a la terapia profunda.

Las metástasis pulmonares y hepáticas tienen mayor gravedad, sobre todo las del hígado, que producen una desnutrición rápida de los enfermos

tanto por la anorexia como por los trastornos digestivos; sin embargo, iniciado el tratamiento hormonal con la orquiectomía, se mejoran notablemente, vuelve el apetito, aumentan de peso, desaparecen los trastornos urinarios y toman a la vida normal durante algunas semanas o meses, para recaer nuevamente con pocas probabilidades de obtener una nueva mejoría. En estos casos Huggins ha recomendado el llamado "control andrógeno" y que consiste en eliminar no solamente los andrógenos del testículo, sino también los que elaboran las cápsulas suprarrenales para lo cual ha aconsejado hacer la adrenalectomía bilateral y un tratamiento pre y postoperatorio por el resto de la vida, a base de cortisona, de acuerdo con las necesidades metabólicas del enfermo, calculadas por la química sanguínea para evitar el addisonismo que inevitablemente se presentaría sin esta precaución. Los resultados inmediatos que obtuvo el profesor Huggins han sido satisfactorios, pero aún no puede decirse la última palabra, ya que recientes estadísticas de otros investigadores se muestran pesimistas porque en los casos relatados por ellos hubo recaídas y muertes por el proceso neoplásico, algunos meses después de esta intervención.

Teniendo en cuenta por estudios experimentales que la glándula pituitaria ejerce un efecto regulador de otras glándulas endocrinas incluyendo las gonadas y las suprarrenales, y pensando que la producción de andrógenos era estimulada por la pituitaria, se han practicado hipofisectomías con el objeto de detener la producción de hormonas androgénicas en el cáncer prostático, pero los resultados hasta ahora han sido poco satisfactorios, pues en aquellos casos en que se conservaron los testículos y las glándulas suprarrenales no se obtuvo mejoría en la evolución de este padecimiento.

RESUMEN

He querido hacer algunas consideraciones sobre las metástasis secundarias a cáncer prostático en que el diagnóstico, la mayoría de las veces es fácil de comprobar por los medios de exploración habituales: tacto rectal, estudio de las fosfatasas, la exploración radiológica (inclusive la urografía excretora), y la biopsia que debe practicarse en todos los casos que sea posible.

Las metástasis no son la mayoría de las veces las que causan la muerte de estos enfermos, sino más bien las infecciones urinarias, la insuficiencia renal, y en una menor proporción la caquexia; las metástasis hepáticas son de un pronóstico más grave.

El tratamiento del cáncer prostático con metástasis debe iniciarse con la orquiectomía y la medicación estrogénica la cual se continuará por tiempo indefinido. La resección prostática transuretral debe realizarse cuando existan fenómenos obstructivos que impidan el vaciamiento de la vejiga. Los resultados que hasta hoy hemos observado son incomparablemente más satisfactorios que los obtenidos antes de las investigaciones del profesor Huggins, pero desgraciadamente no son definitivos, y no deja de ser un

gran problema el padecimiento en cuestión, teniendo en cuenta el gran número de pacientes que sufren esta penosa enfermedad.

SUMMARY

The diagnosis of the secondary metastases of prostatic cancer is usually easily made through the customary examination, which includes rectal examination, phosphatase determination, X-ray study—including excretory urography—and biopsy, which should be performed whenever possible.

Death is not usually brought about by such metastases—even though hepatic metastases have a somber prognosis—but by other conditions such as urinary infection, renal insufficiency and cachexia.

The treatment of prostatic cancer with metastases should start with orchietomy and estrogenic therapy which should be indefinitely continued. Whenever vesical emptying is impeded by obstruction, trans-urethral prostatic resection should be resorted to.

Results have been more encouraging after the work of professor Huggins, but they are not definitive unfortunately; and the disease is still a great problem which affects a great number of patients.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. AQUILINO VILLANUEVA

ANGEL G. DE QUEVEDO
Académico de número

El tratamiento del cáncer de la próstata continúa siendo uno de los principales problemas urológicos. Se trata, en efecto, de una de las localizaciones más frecuentes del cáncer en el hombre, sólo sobrepasado por el cáncer del estómago y del recto; su sintomatología es poco marcada, por lo cual su diagnóstico se hace generalmente cuando su extirpación quirúrgica es impracticable; su causa es desconocida y, finalmente, da lugar a metástasis, a veces distantes, y a generalización.

El tratamiento hormonal de esta neoplasia, fue ideado por Huggins en Chicago, fundándose en un silogismo que aparentemente tenía pocas bases. Huggins lo propuso del siguiente modo:

“En muchos casos un tumor prostático maligno es un crecimiento de células epiteliales adultas, como lo muestra el hecho de que secreten fosfatasa ácida. Ahora bien, todo epitelio prostático adulto sufre atrofia cuando disminuyen las hormonas androgénicas (castración) o se inactivan (estrógenos). Por lo tanto, debe haber mejoría en el estado clínico del enfermo con cáncer de la próstata si se le somete a castración o se le administra estilbestrol”. Implantó este tratamiento y pudo observar la corroboración de su hipótesis. Sin embargo, la excreción de 17 cetosteroides, que bajaban considerablemente después de la castración y de la administración de estrógenos a estos enfermos, volvía a elevarse nuevamente poco tiempo después, sobrepasando a veces al doble el nivel anterior a la castración. Entonces nació la idea de la suprarrenalectomía y posteriormente de la hipofisectomía, métodos terapéuticos que se encuentran aún en el período de experimentación.

Sin embargo, las metástasis del carcinoma prostático como hecho patológico aislado, raramente han sido estudiadas en conjunto y es que se requiere un gran número de casos por una parte, una gran experiencia clínica y un conjunto de medios diagnósticos que raramente están al alcance del médico general ni al del urólogo. Entre nosotros el doctor Villanueva era el indicado para ocuparse de este problema, al que hace ahora objeto de sus investigaciones clínicas, ya que es de todos conocida su experiencia en la patología de la glándula prostática.

Un hecho clínico indudable, es que al lado de los carcinomas prostáticos con sintomatología urológica bien definida, existen otros absolutamente asintomáticos, y que no obstante eso, dan lugar a metástasis en diversas localizaciones. Es, pues, de importancia que en la clínica general no se olviden

estos hechos. Una metástasis ósea femoral de origen prostático puede manifestarse como primer síntoma por una fractura patológica espontánea del fémur. Del mismo modo podrían hacerse consideraciones acerca de las metástasis de otros órganos como el pulmón o el hígado.

En estos casos, la próstata deberá ser objeto de una revisión cuidadosa, que en casos sospechosos deberá incluir hasta la biopsia del órgano.

El doctor Villanueva nos presenta una estadística de 124 casos, seguramente la mayor presentada en México y nos muestra en ella las localizaciones más frecuentes de las metástasis, de las que el 72 por ciento se localizaron en los huesos.

El problema terapéutico en presencia de metástasis es muy serio, y nuestras medidas son aún paliativas, pero se logran mejorías sintomáticas de importancia con la castración y la terapéutica hormonal asociada a la resección transuretral.

Felicito al doctor Villanueva por su trabajo, que considero de gran importancia, y espero que continúe, con el celo y entusiasmo que lo caracteriza, sus estudios sobre patología de la glándula prostática y nos ilustre nuevamente en esta corporación trayéndonos el resultado de sus investigaciones.