

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIA MEDICAS

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

ECTOMIA SUB-AREOLAR EN GINECOMASTIA POR ESTROGENOTERAPIA"

TESIS PRESENTADA A LA
JUNTA DIRECTIVA DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

POR:

ANGEL ALBERTO PAZ COJULUN

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE:

MEDICO Y CIRUJANO

Asesor: José Barnoya

Revisor: Dr. Alejandro Palomo

Guatemala, Enero de 1966

I N D I C E

Introducción.

Antecedentes.

a) Cáncer de la Próstata.

b) Etiología.

c) Patogenia.

d) Vías de Diseminación.

e) Síntomas

f) Diagnóstico

g) Tratamiento

Objetivos:

a) Ginecomastia inducida por tratamiento Estrogénico en Carcinoma de la Próstata.

Material y Métodos.

a) Mastectomía Sub-Areolar

b) Casuística

Discusión y Resultados

Sumario y Conclusiones

Bibliografía

CAPITULO I

INTRODUCCION

En la actualidad el tratamiento del carcinoma inoperable de la próstata, se hace a: Orquiectomía bilateral, prostatectomía trans-uretral, (en caso de presentarse síntomas obstructivos); y administración de estrógenos. Desafortunadamente los pacientes a los que se les administran estos últimos, desarrollan en una u otra época de su tratamiento, ginecomastía.

Ala vez que representa un trauma psíquico, hace que los pacientes suscitaban la ingestión de estos estrógenos, necesarios para el tratamiento paliativo del carcinoma prostático.

Es por ello que se presenta este trabajo acerca de mastectomía sub-areolar, para el tratamiento de ginecomastía inducida por la administración de estrógenos. Técnica de fácil ejecución desarrollada por Webster para el tratamiento de otras clases de ginecomastía; y que trata de resolver este problema en los pacientes con carcinoma de la próstata, sometidos a estrogenoterapia.

CAPITULO IIANTECEDENTES.-CARCINOMA DE LA PROSTATA

El tratamiento del carcinoma prostático continua siendo un grave problema en oncología. La incidencia del cáncer de la próstata es de 13.2% cifra que excede al carcinoma del estómago 12.3%. En prevalencia el carcinoma de la próstata, se demostró que va ocupando uno de los primeros lugares, así tenemos: 1) Carcinoma de la próstata con 17.7%, 2) Carcinoma del estómago 14.2%.

Otros informes sitúan al cáncer de la próstata entre un 13 y 25%. Marshall en 1951 encontró en ciento veinte pacientes dieciocho casos de carcinoma oculto, es decir el 15%.

ETIOLOGIA: Respecto a la etiología del carcinoma de la próstata se reconoce la íntima inter-relación que existe entre las hormonas sexuales y la evolución del tumor, así se sabe que la presencia de andrógenos obra como estimulante en el desarrollo del mismo y de su metástasis, también se sabe que los estrógenos inhiben el crecimiento y aún en muchos casos producen la involución del ó de los tumores metastásicos. El mecanismo es obscuro, pero varios autores lo interpretan de dos maneras: los andrógenos actúan de manera nociva directa sobre la evolución del tumor, o los estrógenos actuarían por antagonismo directo. O bien los estrógenos actuarían inhibiendo la hipófisis y de esta manera; al cesar o disminuir la producción de hormonas gonadotrópicas, la cantidad de andrógenos disminuirían por falta de producción endocrina. Han aparecido varias teorías sobre la formación del carcinoma prostático:

Exceso sexual, 2) Declinación sexual, 3) Estancamiento de la secreción próstica, 4) Por pérdida de tono del músculo liso del Estroma, 5) Cambios circulatorios, en enfermos con Atero Esclerosis y trombosis venosas. La hipótesis más aceptada de la hiperplasia y Carcinoma de la próstata es la de un disturbio de la relación entre las cantidades de estrógenos y andrógenos circulatorios.

ETIOLOGÍA: Geraght y Boyd encontraron la lesión inicial del carcinoma de la próstata en el lóbulo posterior en un 75% de los pacientes, no habiéndose reportado cáncer de la próstata en el lóbulo medio. El carcinoma del lóbulo posterior de la próstata excepcionalmente presenta hiperplasia benigna. La neoplasia empieza extendiéndose hacia arriba, invadiendo tejidos hiperplásicos, vesículas seminales, plexo prostático y rodeando la uretra prostática. Es muy raro que comience en el seno del tejido hiperplásico. El tumor más importante de la próstata puede revestir caracteres anatómicos de: carcinoma o de adenocarcinoma, comprendiendo estos tumores casos de pacientes que lo evidencian clínicamente, y casos que aparecen sin producir ninguna sintomatología, pero en los que es histológicamente demostrable. Se ha calculado que este tipo de cáncer lo padece un 20% de los hombres que han pasado los 50 años y ha sido denominado latente. También puede suceder que el carcinoma no produzca síntomas locales, pero si produce manifestaciones metastásicas. Por el hecho de que no se le puede detectar por el examen rectal, esta forma ha sido denominada "Carcinoma Oculto".

El adenocarcinoma es un tumor que histológicamente se manifiesta como formado por células bajas o cilíndricas, otras veces cúbicas, no secretorias, pero dispuestas

forma de acinos. El estroma se diferencia del normal en que está dispuesto en forma francamente irregular, perdiendo su forma fibromuscular característica.

El carcinoma está formado por cordones o núcleos macizos de pequeñas células glandulares, cuya diferenciación varía según el grado de malignidad histológica, hasta llegar a las formas completamente anaplásticas.

De la serie de Townson en 1942 se encontró: 1) adenocarcinoma 97%, 2) carcinoma de células escamosas 2.5%, 3) 0.5% mezcla de los dos.

MODOS DE DISEMINACION: El cáncer de la próstata tiende a producir metástasis por vías linfática, sanguínea y por extensión directa. Las lesiones metastásicas pueden hacerlas hacia ganglios linfáticos ilíacos internos, y luego a los ganglios retroperitoneales, y de allí suelen hacerlo, a los cuerpos vertebrales, hígado, pulmones, páncreo, y otros órganos. Además de la diseminación linfática, el cáncer se extiende por las vainas nerviosas, esto explica los dolores pélvicos, y sobre todo, la ciática, el reumatismo, o el lumbago que sufren más tarde muchos de los pacientes. Las masas tumorales producidas por diseminación linfática superior, pueden comprimir los troncos venosos gruesos produciendo edema de las extremidades inferiores. La diseminación hematológica por los vasos vertebrales explica la amplia invasión raquídea, causando dorsalgia y dolor reflejo a nivel de los nervios espinales. Son frecuentes las metástasis tempranas a hígado y pulmón, pero también pueden aparecer en cualquier parte del esqueleto, especialmente pelvis, columna lumbar, páncreo, huesos largos y costillas, lesiones que pueden apreciarse en estudios radiográficos, y que son osteoblásticas.

El carcinoma prostático en menos del 5% de los casos está circunscrito a la glándula. Es en este pequeño grupo de pacientes que la prostatectomía total ofrece posibilidades de curación.

SINTOMAS: Al principio el cáncer de la próstata puede provocar síntomas de hiperplasia prostática benigna o de obstrucción del cuello vesical. A veces las manifestaciones iniciales son: disuria, retención urinaria o bien síntomas indicadores de metástasis, como es el dolor (en espalda, perine, ingle, muslos). La hematuria suele aparecer tardíamente cuando el carcinoma ha invadido uretra posterior, o cuello vesical, pudiendo ser la hemorragia frecuente y profusa.

DIAGNOSTICO: Debe sospecharse carcinoma prostático en todo paciente mayor de 50 años que sufra dorsalgia baja o ciática continua. Debe pensarse en cáncer de la próstata en todo paciente mayor de 65 años de edad, con síntomas de prostatismo.

A-) Exploración Rectal:

El tacto rectal sigue siendo el mejor medio de diagnóstico de sospecha para el carcinoma de la Próstata.

En el carcinoma de la Próstata la glándula, puede estar aumentada de volumen sobre todo si coexiste, Hipertrófia prostática benigna. En ocasiones es de volumen normal, pero presenta una o varias masas compactas, de consistencia "Petrea y Leñosa" que pueden ser dolorosas a la palpación. Según Jewet la presencia de una masa o varias masas de consistencia "Petrea o Leñosa", y dolorosa a la palpación es signo patognomónico de cáncer de la Próstata.

En estudios efectuados por Hudson, ha demostrado, que el tacto rectal es efectivo en un 80% de pacientes con carcinoma de la Próstata.

El endurecimiento de vesículas seminales indican pronóstico grave. En el carcino avanzado la Próstata está muy aumentada de volumen endurecida y fija, no pudiendo verse durante la exploración digital como sucede en una próstata normal; los surcos laterales pueden estar endurecidos y borrados. La base de las vesículas seminales y el espacio intervesicular presentan a veces endurecimientos o bien la neoplasia ocupa toda la zona, según el grado de extensión.

ESTUDIO CITOLÓGICO: El examen del sedimento urinario obtenido por centrifugación y teñido por el método de Papanicolaou ha revelado células anormales sospechosas, en un porcentaje elevado de los cánceres prostáticos, clínicamente evidentes, pero ha dado resultados negativos falsos. Este procedimiento es menos seguro que el examen del líquido prostático.

El examen citológico del líquido prostático obtenido por masaje ha revelado cáncer in situ, o carcinoma precoz que todavía no se manifiesta clínicamente. Sin embargo, para que sea digno de confianza, el estudio citológico, debe ser efectuado por patólogos experimentados. Constituye un procedimiento adicional para diagnosticar cáncer de la próstata.

ESTUDIOS SANGUÍNEOS: En el cáncer prostático diseminado la fosfatasa ácida se encuentra aumentada en el suero sanguíneo, y a veces aumenta en el cáncer circunscrito a la glándula. Normalmente en la corriente circulatoria existe una pequeña cantidad de fosfatasa ácida. Se han empleado dos métodos analíticos fundamen

les, 1) Métodos de Kin Armstrong, 2) Bodansky. Al hacer un estudio de 1,150 casos de carcinoma prostático observados en 14 hospitales en los E.E.U.U., Nesbit y Baum apreciaron que las 2 terceras partes 65.5% de los pacientes presentaban aumento de la fosfatasa ácida, al ser estudiado inicialmente, lo mismo que ocurrió con una quinta parte 20.5% de quienes no tenían manifestaciones de metástasis es decir una cifra global del 39.9% ó de dos en cada 5 casos. En resumen podemos decir que la fosfatasa ácida elevada significa carcinoma metastásico de la próstata y raramente cáncer localizado de la próstata.

BIOPSIA PROSTATICA: Cuando el diagnóstico es incierto debe hacerse estudio histológico del tejido sospechoso, usando para este método la Biopsia que puede efectuarse de diversos modos, 1) Biopsia por vía endoscópica, 2) Biopsia por vía Perineal, 3) Biopsia por vía Transrectal, 4) Biopsia Prostática por vía Retropúbica.

BIOPSIA ENDOSCOPICA: Debe considerarse restringida en vista de que la toma del fragmento no llega generalmente al sitio donde se inició el carcinoma, por lo cual no está indicada para el diagnóstico precoz del carcinoma de la próstata.

BIOPSIA POR VIA PERINEAL ABIERTA: Supone la realización de una intervención quirúrgica, en forma, con utilización de anestesia epidural o raquídea o bien general, no obstante estos inconvenientes debemos reconocer que ha demostrado ser la más eficaz.

La vía por punción perineal efectuada con agujas como la de Vim Silverman o sus modificaciones y la de Franseen, exponen en mayor porcentaje a los accidentes de perforación vesical, con peligros de infiltración urinosa y hematuria. Utilizando

aguja de Veenema, sobre todo en manos adiestradas, este peligro se reduce debido a que su forma olivar parece ser menos traumática. La Biopsia por aspiración sesta mucho a discusión debido a que se puede deformar mucho la anatomía de los rganos.

BIOPSIA TRANSRECTAL: Tiene muchos adeptos actualmente, haciendo mención a los peligros teóricos de producir implantes en el recto o bien trayectos culosos se le considera una de las más eficaces. Su técnica es menos sencilla e la de la biopsia por punción perineal.

BIOPSIA PROSTATICA RETROPUBICA: Es un procedimiento que exige penetrar e espacio prevesical de Retzius, descubrir quirúrgicamente la glándula, movilizar e cuando se quiere abordar la cara posterior y todo eso debe hacerse con una anesesia adecuada, regional o general. Creemos que deberá quedar reservada para hacer cortes por congelación previa a la prostatectomía retropúbica, en pacientes bajo condiciones de quirófano por tal razón resulta impracticable como método de diagnósico precoz.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Es fácil de confundir los nódulos duros, fijos y el aumento irregular del volumen de la próstata con la tuberculosis. En esta enfermedad existen otras pruebas de infección de las vesículas seminales, epidídimo y vías urinarias. Los cálculos prostáticos subcapsulares pueden ser muy duros a la palpación pero la radiografía los diagnostica. La induración inflamatoria intraprostática y periprostática, es más común en los jóvenes que en quienes padecen carcinoma, y la glándula excepcionalmente está compacta y fija como el cáncer.

En el carcinoma metastásico de la próstata, la radiografía puede sugerir enfermedad

de Paget (osteitis deformante) que ataca principalmente craneo, pelvis y fémur. En la radiografía ósea existe un gran aumento de la opacidad ósea, con estructura trabecular, y nodular como en las metástasis osteoblásticas del carcinoma prostático.

En la enfermedad de Paget el craneo muestra, engrosamiento o descalcificación. Por otra parte las metástasis del carcinoma prostático son principalmente osteoblásticas, con aumento de la opacidad, aunque ocasionalmente se aprecia lesiones osteolíticas que pueden sugerir en la radiografía quistes óseos.

TRATAMIENTO: El tratamiento del carcinoma de la próstata, cuando se trata de un nódulo único es la Prostatectomía radical, perineal o retropúbica.

Con la Prostatectomía Subtotal se ha extirpado sin proponérselo cáncer pequeño precoz in situ, al operar un adenoma hiperplástico. En la actualidad la prostatectomía total de preferencia la perineal es el único medio de curar el cáncer prostático pero su utilidad se limita al 3 ó 5% de los pacientes que no sufran carcinomas pericapsular y extraprostático, cifras francamente restringidas. Algunos Urólogos emplean esta operación aunque exista induración periprostática especialmente en la base de las vesículas seminales que cedió con el tratamiento estrogénico.

En revisión reciente, de los casos de carcinoma prostático tratados con prostatectomía perineal total en el hospital Johns Hopkins, Jewett observó que el 39% de 132 pacientes no presentaban cáncer después de 5 años y transcurridos 10 años vivían el 49% de los que sólo padecían cáncer intraprostático, y que habían sobre vivido el 25% de los pacientes con cáncer intraprostático, y extraprostático. La cifra común de mortalidad en este grupo de edad es de 53%.

CARCINOMA INOPERABLE: El tratamiento del carcinoma inoperable de la próstata (carcinoma que sobrepasa los límites de la glándula o con metástasis osea) puede ser: 1) a base de Radioterapia o Cobalto, y 2) el tratamiento más usado con la combinación de Orquiectomía y administración de estrógenos (Dietilestilbestrol) 5 miligramos tres veces al día)

RADIOTERAPIA: El tratamiento del cáncer prostático con rayos X carece de utilidad aparte de su efecto paliativo ocasional. Se ha descartado en la actualidad la irradiación intersticial por implantes de oro radioactivo.

TRATAMIENTO HORMONAL: Desde hace mucho tiempo se sabe que en la hipertrofia prostática benigna, la orquiectomía a menudo va seguida de disminución del volumen de la glándula y la intensidad de los síntomas. Huggins relata la frecuente regresión del carcinoma prostático y sus metástasis después de la orquiectomía (para eliminar la secreción de andrógenos testiculares) y tras administrar estrógenos. Al estudiar 1,818 pacientes de diferentes hospitales de E. E. U. U. Nesbit y Baum observaron que usando el tratamiento combinado de orquiectomía y estrogenoterapia se obtiene una sobrevivencia de 5 años en el 44% de los pacientes.

En cambio, en una serie de control de pacientes con carcinoma prostático que no fueron tratados con este método, sólo el 10% sobrevivió 5 años y la orquiectomía ocupó el segundo lugar en cuanto a eficacia, pero resultó mucho menos útil que la combinación de ella y estrógenos. Mientras que la terapéutica con hormonas estrogénicas ocupó el tercer lugar. En los pacientes que representaban metástasis al efectuar el examen inicial se observó que: el 20% de los tratados con orquiectomía y estrógenos o sólo con la primera, vivieron 5 años, cuando se empleó el tratamiento estrogénico

ron 5 años el 10%, mientras sin tratamiento hormonal solo vivieron este tiempo

Muchas veces algunos pacientes no reaccionan con la orquiectomía o los estrógenos, solos o en combinación, y en las recidivas los métodos terapéuticos son ineficaces. La opinión aceptada es que se debe a mayor actividad andrógena de las suprarrenales, pero la suprarenalectomía bilateral no ha mejorado los resultados.

Para asumir el tratamiento del cáncer prostático puede decirse lo siguiente: 1) Cuando el tumor se circunscribe a la glándula, empleese prostatectomía perineal total de preferencia la vía perineal extirpando próstata, su cápsula, vesículas seminales y cuello vesical, 2) si el tumor excede de las indicaciones de la prostatectomía perineal total, efectúese de inmediato orquiectomía y comiencese la terapéutica con 5 mg. o más de dietilestilbestrol según la respuesta clínica, 3) Cuando el tumor causa obstrucción intensa del cuello vesical y no mejora con cateterismo a perpetua, orquiectomía y tratamiento estrógeno se efectuará resección transuretral limitada para restablecer el drenaje o bien cistostomía suprapúbica permanente.

Durante la administración de estrógenos, muchos pacientes presentan aumento de volumen y dolor a la palpación en mama y pezones que a menudo llegan a recordar los observados en la mujer pre-puber (11 - 2 - 3).

CAPITULO IIIOBJETIVOSGINECOMASTIA INDUCIDA POR TRATAMIENTO ESTROGENICO EN
CARCINOMA DE LA PROSTATA

GINECOMASTIA POR ESTROGENOTERAPIA: El tratamiento combinado de Orquiectomía y administración de estrógenos para el Carcinoma de la próstata fué introducido por Huggins (7) 1,941.

Nesbit y Baum (10) informaron de una encuesta de 1,818 casos de carcinoma de la próstata y demostraron que la mayor sobrevivida de 5 años era obtenida con el tratamiento combinado de orquiectomía y estrógenos, y cuando se usaba orquiectomía y estrógenoterapia aisladamente, la sobrevivida era menor de 5 años.

Un efecto colateral, desagradable de esta terapia es la Ginecomastía que a menudo es dolorosa, y que representa un trauma Psíquico para el paciente.

Según Keyser (8) la Ginecomastía es un hallazgo constante en pacientes con carcinoma de la próstata a quienes se les administra un tratamiento de estrógenos por un período prolongado.

Herger y Sauer (6) encontraron correlación entre los cambios en las mamas y la dosificación de estrógenos. Administrando un miligramo de estrógenos diariamente por vía oral, trataron de determinar el promedio de tiempo requerido por esta dosis de estrógenos para producir ginecomastía, encontrando que fué de 73 días en pacientes tratados con estrógenos únicamente y 50 días en pacientes tratados con estrógenos y orquiectomía.

Moore y colaboradores (9) efectuaron Biopsia de mama, en carcinoma de la próstata antes y periódicamente durante la administración de estrógenos, no encontrando cambios apreciables en las mamas, estribando el problema en que los pacientes suspenden -

do la ingestión de estrógenos, cuando las mamas empiezan a dolerles o bien se sienten engonzados por la apariencia femenina de sus mamas.

Como puede verse en el Cuadro No. 1 los 32 pacientes ya sea con pequeñas o grandes dosis de estrógenos presentaron ginecomastia en una u otra época.

o No. 1

HOSPITAL BELLEVUE ESTUDIO

CANCER PROSTATICO



manas después de ciada la terapia.-	Dietilestilbestrol 5 Mgs. (17 pacien- tes), porcentaje con ginecomastia	Dietilestilbestrol 500 Mgs. diarios (15 pa- cientes) porcentaje con ginecomastia
4	35.3	53.3
8	88.8	86.6
12	94.1	100.0
16	100.0	

Además de este efecto colateral de los estrógenos, se ha informado de carcinoma primario de una o ambas mamas en pacientes con ginecomastia inducida por estrogénica (1) (4). Según Whitmore (13) la ginecomastia asociada a la administración prolongada de estrógenos puede ser campo fértil para las metástasis del Carcinoma de la Próstata. Hasta la fecha no ha sido comprobado que los estrógenos sintéticos reduzcan la incidencia de ginecomastia.

MIA PATOLOGICA: Moore (9)

Encontró en la mama masculina antes de iniciar la terapia estrogénica que el intersticial es escaso y encuéntrase túbulos ocasionales en este estroma, proliferado. Después que se ha iniciado la terapia estrogénica hay proliferación del epitelio tubular, y aumento del tejido conectivo y edema del mismo, así como aumento de la vascularización. En ninguno de los túbulos se encontró secreción láctea.

CAPITULO IVMATERIAL Y METODOSSTECTOMIA SUB-AREOLAR

La mama normal del adulto masculino es una pequeña estructura glandular situada abajo de la areola, pudiendo ser extirpada a través de una pequeña insisión, efectuada a nivel de la unión de la areola con la piel.

TECNICA: La técnica usada fué descrita por Webster 1943, (12) para el tratamiento ginecomastía de otras etiologías.

- 1.) Se hace incisión semicircular en el borde inferior de la unión areolo cutánea
- 2.) Suturas de tracción son colocadas en el borde de la areola evitando así, el uso de pinzas de tracción.
- 3.) Se extirpa el tejido mamario sub areolar, que es difícil de distinguir del tejido adiposo circundante, con tijeras de disección; removiéndolo desde la fascia pectoral hasta abajo de la areola.
- 4.) Después de hecha la hemostasis se coloca un pequeño drenaje (Penrose) debajo de la areola sacándolo por el extremo izquierdo de la incisión.
- 5.) Los bordes de la areola son cuidadosamente aproximados a la piel con puntos no absorbibles de dermalón tres ceros.
- 6.) Se utiliza vendaje compresivo con elastoplast.

Los drenajes se retiran a las 48 horas y las suturas a los 5 ó 6 días.

MASTECTOMIA SUB-AREOLAR EN PACIENTE CON CARCINOMA
DE LA PROSTATA CON GINECOMASTIA INDUCIDA POR
ESTROGENOTERAPIA

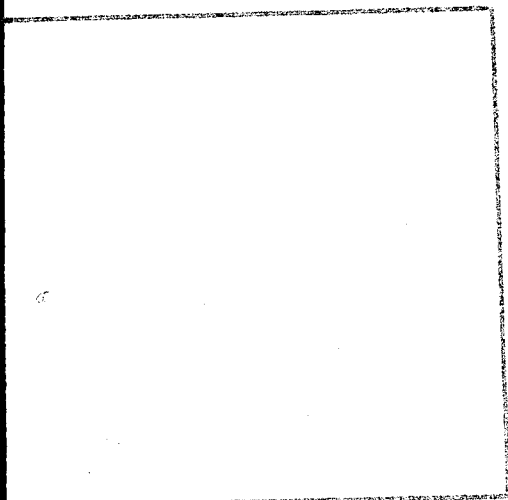


Fig. 1
con carcinoma de la próstata sometido
oterapia.

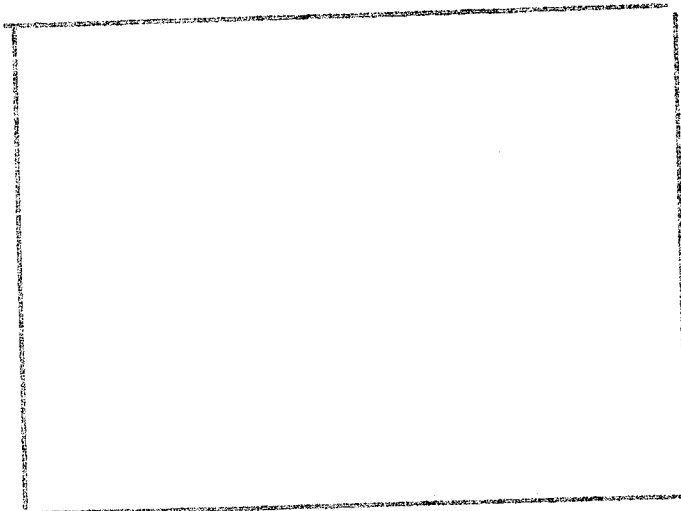


Fig. 2
Ginecomastia Inducida por estrogenoterapia

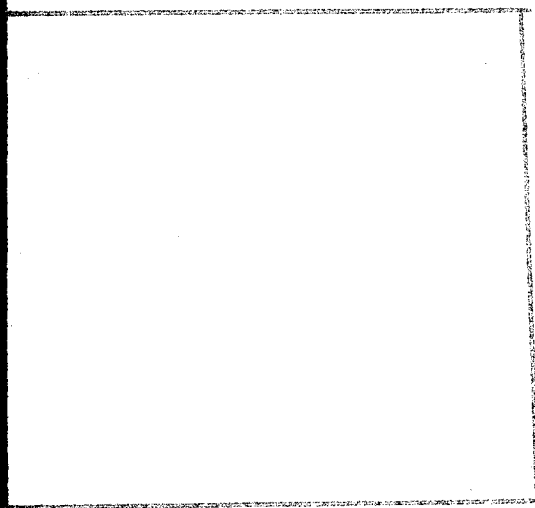


Fig. 3
omía sub-areolar bilateral.

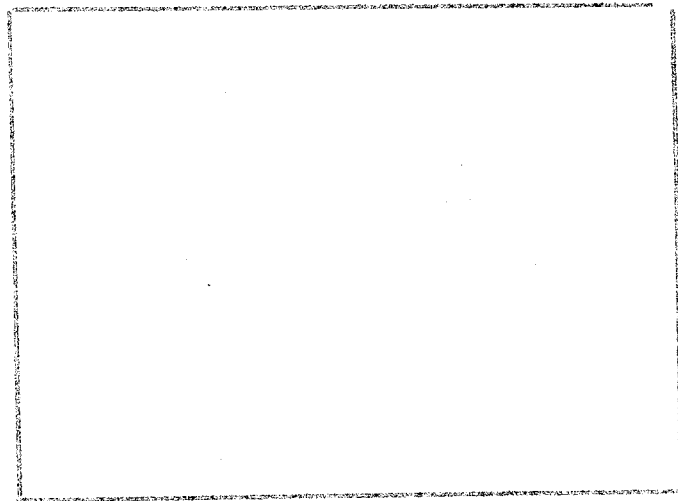


Fig. 4
Paciente después de la operación.

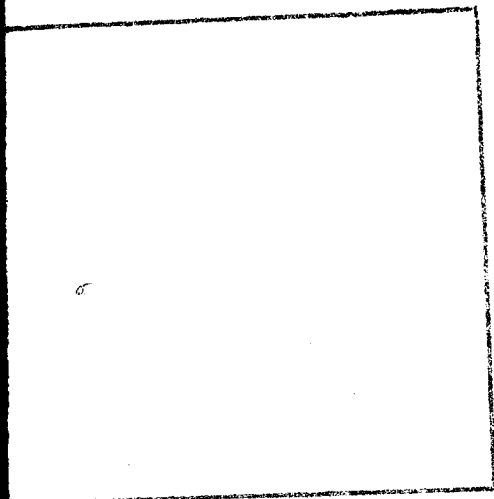


Fig. 5
después de la operación.

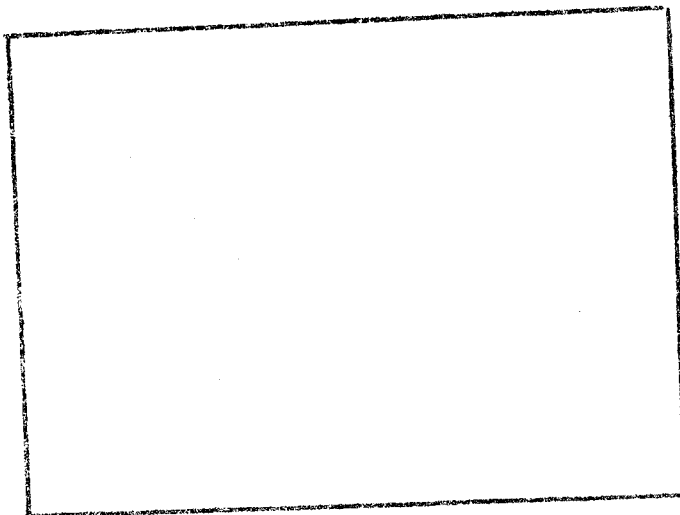


Fig. 6
Glándulas mamarias.

1 SM	50 A.	Adenocarcinoma	no				des Boda nsky	2) Prostatectomía Trans- Uretral. 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
2 LG	65 A.	Carcinoma	no			si	4 unidades Bo- danský	1) Orquiectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
3 IP	75 A.	Carcinoma	no			no	2 unidades Bo- danský	1) Orquiectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
4 JG	77 A.	Adenocarcinoma	no			no	2 unidades Bo- danský	1) Orquiectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
5 JB	80 A.	Carcinoma	no			no	2 unidades Bo- danský	1) Orquiectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
6 FP	75 A.	Carcinoma	no			no	3.5 unidades Bo- danský	1) Orquiectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.

No.	Edad	Diagnostico	metastasis		2 unida- des Bo- danky	1) Orquitectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
7 AO	72 A.	Carcinoma	no	no		
8 ED	64 A.	Carcinoma	no	no	3 unida- des Bo- danky	1) Orquitectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
9 LO.	80 A.	Carcinoma	no	no	2.5 uni- dades Bo- danky	1) Orquitectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día
10 EA	78 A.	Carcinoma	no	si	3.8 uni- dades Bo- danky	1) Orquitectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
11 DE	75 A.	Adenocarcinoma	no	no	3 unida- des Bo- danky	1) Orquitectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
12 AI	68 A.	Carcinoma	si	no	6 unida- des Boda- nsky	1) Orquitectomía Sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.

13JP	82 A.	Adenocarcinoma	no	no	2 unidades Bodansky	1) Orquiectomía Sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
14PP	75 A.	Carcinoma	si	no	3 unidades Bodansky	1) Orquiectomía Sub-Capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día. 4) Mastectomía sub-areolar
15JR	68 A.	adenocarcinoma	no	no	2.5 unidades Bodansky	1) Orquiectomía Sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
16JB	70 A.	Carcinoma	no	si	2.2 unidades Bodansky	1) Orquiectomía Sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
17PO	70 A.	Carcinoma	no	no	2.5 unidades Bodansky	1) Orquiectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
18RM	68 A.	Carcinoma	no	si	1.5 unidades Bodansky	1) Orquiectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.

19AM	68 A.	Carcinoma	no	si	1.9 uni- dades Bo- danský	1) Orquitectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
20 JM	68 A.	Adenocarcinoma	no	no	1.5 uni- dades Bo- danský	1) Orquitectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
21 DZ	70 A.	Adenocarcinoma	no	no	1.4 uni- dades Bo- danský	1) Orquitectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
22 DC	74 A.	Carcinoma	no	no	2.5 uni- dades Bo- danský	1) Orquitectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
23 LR	78 A.	Carcinoma	no	no	2.5 uni- dades Bo- danský	1) Orquitectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.
24 AA	68.A.	Carcinoma	no	no	1.7 uni- dades Bo- danský	1) Orquitectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.

No.	Edad	Diagnóstico	Metástasis	Ginecomastia	F. A.	Tratamiento:
25 PS	65 A	Carcinoma	no	no	1.5 un dades	1) Orquiectomía sub-capsular 2) Prostatectomía Trans-Uretral 3) Dietilstilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día.

CAPITULO V

DISCUSION Y RESULTADOS

Se estudiaron los casos de carcinoma de la próstata en el Servicio de Urología
ción "A" del Hospital General, de los años comprendidos de 1961 a 1965 (5)

La edad de los pacientes osciló entre 50 y 82 años, siendo la edad promedio
55 a 70 años. Los veinticinco pacientes fueron diagnosticados como adenocarcino-
anatomopatológicamente. Dos de los veinticinco pacientes presentaban metástasis
as de tipo osteoblástico; siendo sus valores de fosfatasa ácido de 3 y 6 unidades
Bodansky. Los títulos de fosfatasa ácida del resto de pacientes oscilaron entre 1.4
unidades Bodansky.

El tratamiento instituido en los veinticinco pacientes fué:

Orquiectomía sub capsular

Prostatectomía Trans Uretral

Administración de Dietilestilbestrol 5 Mgs. por vía oral tres veces al día, en forma
continua.

De los veinticinco pacientes cinco presentaron ginecomastía después de insti-
tuida la terapia estrogénica, o sea un 20%. Se puede atribuir este porcentaje relati-
vamente bajo a:

- 1) Que con frecuencia los pacientes abandonan el tratamiento a base de estrógenos, por
negligencia, o al notar el aumento de tamaño de las mamas.
- 2) A que no retornan a controles periódicos.

En los cinco pacientes que representaron ginecomastía; esta apareció a las ocho
semanas de instituido el tratamiento en 4 de los pacientes; y a las 12 semanas en uno de

pacientes con ginecomastia: En uno de ellos, se efectuó la mastectomía al mismo tiempo que se hizo orquiectomía sub capsular; y en otro en un segundo tiempo.

HOSPITAL GENERAL DE GUATEMALA

UROLOGIA "A"

Semanas después de iniciada la terapia.	Dietilestilbestrol 5 Mgs. tres veces al día pacientes con Ginecomastia.
4	-
8	4
12	1
16	-

CAPITULO VI

SUMARIO Y CONCLUSIONES

- La Ginecomastía representa un efecto colateral importante, además de un trauma psíquico, para el enfermo con carcinoma inoperable de la próstata, tratado con orquiectomía y administración de estrógenos.
- El paciente sometido a la administración de estrógenos, como tratamiento paliativo del carcinoma de la próstata, suspende la ingestión de éstos, al notar los primeros síntomas de ginecomastía (dolor y aumento del volúmen de las mamas)
- La Ginecomastía se presenta en todos los pacientes sometidos a tratamiento estrogénico continuado, y por un período prolongado. En la Sala de Urología Sección "A" del Hospital General fué de 20% (5 de 25 pacientes).
- Se presenta una técnica sencilla y de fácil ejecución, de mastectomía sub-areolar bilateral para el tratamiento de ginecomastía.
- La mastectomía sub areolar no deja cicatriz visible, suprimiendo la deformidad de las mamas.
- La mastectomía sub areolar puede efectuarse profilácticamente, al mismo tiempo que la orquiectomía bilateral; o bien con la aparición de la ginecomastía.
- Se presentan dos casos de ginecomastía por estrógenoterapia, a los cuales se les hizo mastectomía sub areolar.

CAPITULO VIIBIBLIOGRAFIA

Abramson, W. Cáncer de la mama en el hombre, secundario a administración de estrógenos. Revista Urología, 59:76-82, 1943.

Barnoya J. Biopsia prostática por vía perineal con aguja de Veenema.

Trabajo presentado al 14avo. Congreso Nacional de Medicina en Guatemala, diciembre de 1963. (Trabajo sin publicar).

Barrios, M. A. Biopsia prostática por vía perineal con aguja de Veenema

Tesis de Graduación, Universidad de San Carlos Facultad de Ciencias médicas, 1963, 36 páginas.

Corbett, D. C. Carcinoma bilateral de la mama masculina asociado a tratamiento prolongado con Dietilestilbestrol por carcinoma de la próstata. Revista Urología, 64:377-381, 1950.

Guatemala Hospital General. Servicio de Urología Sección "A". Archivos de la sección, años 1961/1965.

Herger, C. C. y H. R. Sauer: efecto de la Orquiectomía y Dietilestilbestrol en Carcinoma de la próstata. Am. J. Cirujía, 62:185, 1943.

Huggins, C. B. Estudios en cáncer prostático; efecto de la castración en carcinoma avanzado de la glándula prostática. Arch. Cirugía 43: 209, 1941.

Keyser, L. D. Tratamiento hormonal de la hipertrofia prostática y Carcinoma. Virginia M. Monthly, 69:544, 1942.

Moore, G. F. Cambios mamarios debidos a Dietilestilbestrol durante el tratamiento de cáncer de la Glándula prostática, J. A. M. A. 127:60-62, 1945.

Nesbit y Baum. Control endócrino de carcinoma de la próstata. Estudio clínico de 1,818 casos: J. A. M. A. 143:1,317, 1950.

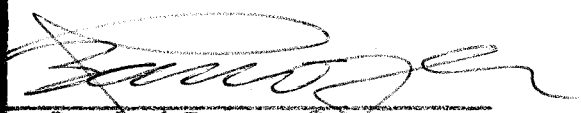
Scott, William Wallace: Carcinoma de próstata. Camphell, Meredith, edición Urology Philadelphia, W. B. Saunders, 1954. Páginas 1,125 al 1,169 (volumen 2).

Webster, J. P. Mastectomía por Ginecomastía a través de incisión semicircular intra-areolar. Anales de Cirugía 124:557-575, 1946.

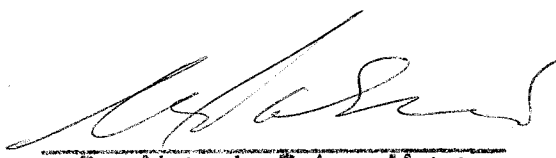
Whitmore, W. F. Jr. Simposio sobre carcinoma de la próstata. New York Med. 14-822, 1958.

*Recibido
L. A. W. Amaya
Enero 7/66*





Dr. José Barnoya G.
Asesor



Dr. Alejandro Palomo Matute
Revisor

Dr. Carlos Solís Megel
Jefe de Cirugía.

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

Dr. Carlos Monzón Malice
Decano