

Estado actual de la terapéutica con hormonas sexuales en Urología

Dr. Virgilio García Rodríguez-Acosta

Urólogo.—Jaén

En Urología existen varios procesos en los que la terapéutica hormonal sexual se emplea con buenos resultados, principalmente el adenoma y cáncer prostáticos.

La introducción de dicha terapéutica se debe a observaciones sobre la influencia de la castración en sujetos normales o afectos de hipertrofia de próstata benigna. La dependencia de la glándula prostática de la actividad de los testículos por JOHN HUNTER, que observó el empequeñecimiento de la próstata en los castrados, así como su inactividad. HAYDEN, PRESCI y CABOT publicaron informes en los que demuestran el alivio de los síntomas del prostatismo gracias a la orquidectomía bilateral.

HUGGINS, con sus trabajos experimentales en perros, ha visto regresar neoplasias benignas de la próstata en

estos animales tras la castración y tratamiento con estrógenos.

Hoy es un hecho establecido que los andrógenos juegan un importante papel en las neoplasias prostáticas, ya que éstas nunca han sido observadas en aquellos sujetos que por alguna causa independiente fueron castrados en la juventud. Por otra parte, es conocido cómo los andrógenos favorecen, al ser administrados, el desarrollo del cáncer prostático.

YOUNG fué el primero que empleó la orquidectomía en el cáncer de próstata, y HUGGINS y HERRDD, los estrógenos en esta enfermedad.

Las explicaciones aducidas para aclarar el mecanismo de la acción de los estrógenos en el cáncer de próstata son: acción directa sobre el epitelio prostático; inactivación de andrógenos, depresión de la actividad de

las células intersticiales del testículo, frenación de las gonadotropinas de la hipófisis anterior. Todo esto en hipótesis; pero, desde luego, en los casos tratados, se observa una profunda modificación de la estructura carcinomatosa, con cambios regresivos nucleoprotoplasmáticos, reducción del número de células tumorales, picnosis, degeneración hidrópica y vacuolización. KELLE, HECKEL y FERGUNSON-PAGEL.

Con respecto al adenoma prostático, el hecho de emplear las hormonas sexuales sin que los autores estén de acuerdo en si es la femenina o la masculina la que se debe emplear, se debe a los visos de verosimilitud de la teoría hormonal sobre la etiología de dicho proceso; explicando la génesis del adenoma a partir de una perturbación endocrina, H. BOUISSON, en un trabajo publicado en "Journal d'Urologie", 1957, ha comprobado que el adenoma se acompaña de una disminución de la secreción masculina y de un aumento claro de los cuerpos estrógenos. Afirma que existe en la base del desarrollo del adenoma prostático un desequilibrio endocrino dirigido en el sentido de un hiperestrogenismo.

GIL VERNET afirma, por el contrario, un hipervirilismo, basándose sobre el hecho anatomoclínico de la comprobación testicular por biopsia.

Muchos autores aconsejan el empleo de los andrógenos en el curso de las etapas premonitorias o de retención mínima, o en los casos de enfermos hostiles a toda intervención qui-

rúrgica, y gracias a su empleo, es a veces posible retardar los grandes trastornos retencionistas. Por otra parte, la testosterona posee una acción favorable sobre la función renal y una acción anabólica general con enriquecimiento celular en sodio, potasio, cloro, fósforo y calcio. Para GIL VERNET, la acción favorable de la testosterona sobre la micción se debe a esta mejoría del estado general del organismo, unido a una acción tónica sobre el músculo vesical. Las dosis empleadas son de 25 miligramos tres veces en semana durante varios meses.

COUVELAIRE se levanta contra el empleo de la hormona masculina, que declara experimentalmente un contrasentido. "El andrógeno, dice, es un excitante de la célula prostática, y el estrógeno, su freno."

DUVERGEY propone una cura alterna de andrógenos y estrógenos.

Según LACASSAGNE, el peligro es grande, puesto que experimentalmente está probado que los cánceres pueden nacer de una tal excitación bipolar. Para RICHER, la producción del adenoma se debe al predominio del Prolan A insuficientemente equilibrado por la secreción testicular. Aconseja el empleo de estrógenos, dado su efecto hipofisofrenador contra el Prolan A.

En resumen, se puede aceptar que los estrógenos son muy útiles en el carcinoma de próstata y menos eficaces en el adenoma. A pesar de lo cual, nosotros los empleamos en el adeno-

ma unido a otra terapéutica descongestiva, puesto que los andrógenos tienen el peligro de espolear un posible cáncer incipiente en la próstata adenomatosa; cuestión muy frecuente, según los estudios anatomopatológicos en cortes seriados de próstatas extirpadas, como tales adenomas, efectuados por el profesor GIL VERNET.

Las dosis empleadas oscilan entre uno o dos miligramos diarios, con período de descanso.

En el cáncer de próstata, el tratamiento hormonal con estrógenos, nacido de los trabajos de HUGGINS, ha supuesto una verdadera revolución. Los resultados, a veces espectaculares, son innegables. Nosotros hemos visto casos donde el tratamiento estrogénico, unido a la castración, ha hecho desaparecer las metástasis óseas y regresar el propio carcinoma. Pero, a pesar de ello, sólo constituyen un tratamiento paliativo, nunca curativo.

Los estrógenos naturales, costosos y poco activos por vía oral, no son utilizados. Se recurre únicamente a los estrógenos sintéticos de la serie estilbénica, estando a la cabeza el Diethylstilbestrol.

Se administran de la siguiente forma: Se comienza por dosis de ataque fuerte, de 75 a 100 miligramos, que se va disminuyendo paulatinamente a 50, 25, 10, hasta llegar a la dosis de cinco miligramos diarios, que se mantiene el tiempo que sea necesario para aliviar al paciente o nos lo permita la aparición de los efectos inherentes a

estrogenoterapia. Habitualmente se sigue la pauta de administrar el estógeno durante veinte o treinta días, con períodos de descanso, sometiendo la duración del tratamiento a la evolución clínica del canceroso.

El efecto beneficioso alcanza no sólo al estado general, con la vuelta del apetito y aumento de peso, sino que la próstata pierde en parte su dureza leñosa. Los dolores óseos desaparecen y el cuadro hematológico mejora. Claro está que esta terapéutica, como ya indicábamos, sólo es paliativa y, por ello, transitoria en sus resultados. NESBIT y CUNNINGHAM, después de acumular una gran experiencia, observan como a los dos años han recidivado un tanto por ciento, casi un cincuenta, de los casos mejorados con el tratamiento, y antes sí, por alguna causa, se suspende la administración de estrógenos.

No obstante, es bastante lo conseguido si tenemos en cuenta que además de hacer más llevadera la vida a los enfermos se ha observado que el tiempo de supervivencia medio de los pacientes tratados con estrógenos es de cuarenta y un mes y un veinte de cuarenta y un meses y un veinte por ciento viven al cabo de ocho años de observación (HUGGINS, STEVENS). En los enfermos no tratados con estrógenos, la muerte sobreviene a los veintiuno o treinta y uno meses.

Los inconvenientes de esta terapéutica son: los trastornos alérgicos, la

hipertrofia mamaria y, más raros, los casos de cáncer de mama.

* * *

También se han ensayado los estrógenos en la litiasis urinaria, basándose en los hechos siguientes: El ácido cítrico urinario aumenta la solubilidad del Ion calcio. La administración de estrógenos es seguida de un aumento de la tasa del ácido cítrico

urinario y de una disminución de la calciuria.

En la esterilidad masculina en individuos oligoespérmicos físicamente normales y en los cuales la biopsia testicular demuestra desorganización de la espermatogénesis, se emplea el propionato de testosterona a dosis de 50 miligramos, tres veces por semana.

Bibliografía.—Señas del autor: *Reyes Católicos*, 1, 2.º JAEN.