

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE GRANADA

"PRÓSTATA:
MITOS, LEYENDAS Y REALIDADES"

DISCURSO

pronunciado por el

ILMO. SR. DON ARMANDO ZULUAGA GÓMEZ

en su Recepción Académica

y

CONTESTACIÓN

del

EXCMO. SR. DON IGNACIO MARÍA ARCELUS IMAZ

En la sesión celebrada en el Salón de Actos
de la Real Academia de Medicina el día 18 de octubre

SILLÓN
Nº
26



GRANADA
1996

SILLÓN
N.º
26

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE GRANADA

**"PRÓSTATA:
MITOS, LEYENDAS Y REALIDADES"**

DISCURSO

pronunciado por el

ILMO. SR. DON ARMANDO ZULUAGA GÓMEZ

en su Recepción Académica

y

CONTESTACIÓN

del

EXCMO. SR. DON IGNACIO MARÍA ARCELUS IMAZ

En la sesión celebrada en el Salón de Actos
de la Real Academia de Medicina el día 18 de octubre



GRANADA
1996

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina
Ilmos. Sres. Académicos
Señoras, Señores, amigos todos

Hoy para mí no es un día cualquiera, es un día especial, en donde se agolpan en mi memoria un sinnúmero de vivencias y recuerdos, que necesariamente quiero revivir.

Al traspasar la puerta de esta docta corporación como miembro electo, ya estoy comprometido con ella y con sus ilustres componentes, a poner a su disposición mis humildes conocimientos, pero eso sí mi gran entusiasmo y empeño al que me han hecho acreedor. Por ello, quiero agradecer a todos los que la forman, la benevolencia que tuvieron al considerarme digno de esta Real Academia. No puedo ocultar que en esta decisión entre otros méritos, influyeron los lazos de amistad y afecto que me unen a muchos de ellos.

Soy consciente del sillón que voy a ocupar, sillón que en su momento ocupó el Ilmo. Sr. D. José Martín Vivaldi, ilustre e insigne urólogo granadino, que tanto contribuyó a elevar el nivel de la Urología Andaluza y Nacional. Espero hacerme digno de él.

Un agradecimiento muy especial a quienes me presentaron como candidato, los Ilustrísimos Académicos D. Rafael Vara Thorbeck, D. Francisco Nogales Fernández y D. Fermín Palma Rodríguez, quienes confiando en mí, avalaron mi presentación.

He dicho que este momento me permite recordar vivencias pasadas a las que nunca podré renunciar.

Desde mi niñez, a los que fueron guía y norte de mi formación como persona. A los que supieron modelar mis impulsos e intemperancias, y considerar el amor a la familia, el respeto y culto a la amistad. En definitiva a mis padres, a quienes todo debo y a los que rindo respeto, admiración, me apoyaron y animaron para conseguir

la meta de mi profesión. Ellos renunciaron sin egoísmos a lo más sagrado en la intimidad de la familia como fue la “pérdida de un hijo”.

Tengo necesariamente que recordar mi paso por la Facultad de Medicina de Cádiz, el Hospital de Mora, en donde conocí a la persona que me impactó, me llevó y trajo de nuevo junto a él. Conocí a D. Ignacio Arcelus cuando él, recién llegado como Catedrático de Cirugía, tuvo a bien aceptarme como alumno interno. Venía acompañado por dos entusiastas médicos y hoy Catedráticos de Cirugía, los Dres. José María García Gil y Carlos Vara, a quienes desde aquí doy mi agradecimiento por lo mucho que aprendí de ellos.

D. Ignacio fue mi tutor, mi valedor y orientador. De él aprendí no sólo técnicas quirúrgicas, sino un estilo de ser, la gran nobleza, caridad y humanidad del trato al enfermo, así como la meditación y firmeza en la toma de decisiones. Sabe él mi profundo cariño, aprecio y agradecimiento por todo lo que ha representado en mi vida.

Cuando me decidí por la Urología, él me orientó y tuvo gran culpa de que conociera a uno de los grandes maestros de la Urología Española. El Prof. D. Luis Cifuentes Delatte, a la postre mi maestro en Urología en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, de quien aprendí no sólo la Urología general, sino las técnicas de cirugía endoscópica que por aquel entonces muy pocas escuelas practicaban en España. Él me infundió espíritu de trabajo y de investigación que tanto cultivó, y que le hicieron ser uno de los grandes de la investigación urológica moderna. Para él mi recuerdo, mi respeto y admiración. Del magnífico equipo que se rodeaba el Prof. Cifuentes, sólo tengo buenos y grandes recuerdos. Del Dr. Carlos Alférez Villalobos, pionero en España con el Prof. José María Gil Vernet de los trasplantes renales, aprendí la técnica y práctica de los trasplantes de órganos y fundamentalmente los de riñón, para él mi reconocimiento y afecto. Del Dr. Remigio Vela Navarrete aprendí, entre otras, la planificación y práctica de la cirugía experimental y, en fin, del Dr. Enrique García de la Peña, la sensatez y planificación en el diagnóstico urológico y el aplomo, seriedad y seguridad en un quirófano. Mi agradecimiento al Prof. Federico Rodríguez Rubio, mi gran amigo e insigne urólogo gaditano, de quien tanto he aprendido y tanto influyó en mi decisión urológica.

No puedo olvidar lo mucho que debo a los profesores que encontré a mi llegada a la Facultad de Medicina de Granada, al Prof. D. Miguel Guirao, director de mi tesis doctoral, ejemplo de seriedad y buen hacer. Al Prof. D. José Manuel Chamorro, asesor y orientador en mi trabajo de doctorado. A todos los profesores que encendieron en mí el amor a la Universidad y a la carrera universitaria y, que sin ellos saberlo, tomaba fiel ejemplo de su actitud y comportamiento.

A los Profesores C. Osorio, de la Higuera, Peláez Redondo, Peña Yáñez, V. Salvatierra, M. Ciges y A. Galdó, a todos ellos mi gratitud y reconocimiento. Al Prof. D. Gonzalo Piédrola, presidente de la Real Academia por el estímulo y apoyo que siempre he encontrado en él.

Permítanme terminar esta introducción recordando a todos los componentes del Servicio de Urología, quienes han hecho más llana y diáfana mi labor al frente del Servicio y, a los que habiéndose formado en él, ya puedo llamar con orgullo mis discípulos.

Por último un reconocimiento a mis enfermos, principio y fin de esta inigualable profesión, camino de rosas y de espinas, de alegrías y sinsabores, pero que sin su existencia y comprensión no se justificaría nuestro sacrificio.

No puedo dejar de agradecer la comprensión, cariño y ayuda que he encontrado en mi familia. Para mi esposa y mis hijos a quienes de tantas cosas he privado, vaya desde aquí mi fuerte abrazo.

Para un urólogo que en su medio siglo de existencia, cree haber cultivado y practicado toda la cirugía urológica, desde la fimosis al trasplante renal, fue muy difícil decidir el tema sobre el que basar mi discurso de ingreso.

Me decidí por la historia de la próstata, por estar plagada de anécdotas, mitos y realidades.

El título de mi discurso ha sido meditado y premeditado pues he querido seguir la historia y las vicisitudes de un órgano que ha sido infravalorado, supervalorado, vituperado y maltratado como es la próstata. Deshacer mitos y leyendas y tratar de contar la realidad, tal y como la conocemos en nuestros días a través de la historia. Por ello el título escogido ha sido “PROSTATA: MITOS, LEYENDAS Y REALIDADES”.

Para empezar diremos que CLEMENCAU, médico y político francés decía que existían dos órganos inútiles en la vida del hombre: La próstata y la presidencia de la república. Evidentemente no calculó bien sus palabras, pues la próstata es lo que llamamos un órgano fundamental para la reproducción, cumpliendo una función sexual, al proporcionar al espermatozoide elementos nutritivos necesarios para su actividad y poder de fecundación. En definitiva, sin próstata no sería posible la perpetuación de nuestra especie.

La glándula prostática era desconocida para HIPOCRATES, pero es posible que se refiriese al prostatismo en su aforismo “Las enfermedades del riñón y de la vejiga son curadas con dificultad en el varón anciano”.

Los primeros conocimientos que sobre ella se tienen datan del siglo IV a C. y se deben a HEROFILUS de Alejandría, médico nacido alrededor del año 300 a C.

y considerado entre otros padre de la anatomía, por sus interesantes y avanzadas disecciones del cuerpo humano. El término próstata deriva de la palabra PARASTATE que significa delante de y que se sitúa en un plano profundo pelviano, delante de la vejiga, rodeando la porción inicial de la uretra, a la que da su nombre.

Según GALENO, HEROFILUS llamó a la próstata "Cirsoides prostatae" posiblemente refiriéndose a las vesículas seminales. Cuando se refirió a la próstata, la describió como un "tejido esponjoso colocado al lado del cuello vesical".

Los estudios de HEROFILUS desafortunadamente fueron perdidos en un incendio que en el año 391 d. C. destruyó la biblioteca de Alejandría.

Anatómicamente la próstata tiene forma de castaña, su peso al nacer es de 1 a 2 gramos, llegando en la segunda década de la vida a pesar entre 18 y 20 gr. Es a partir de los 40 años cuando la próstata puede empezar a sufrir un proceso de aumento en su tamaño constituyendo una verdadera hipertrofia.

De forma aún completamente incipiente, fue posteriormente GALENO, entre los años 131 y 200 d. C. en Roma, quien opinó que una "masa que comprimía la uretra" podría ser el origen de la obstrucción de la orina.

GALENO en su obra "ADMINISTRATIONES ANATOMICAЕ" habla de "dos canales que provienen de un cuerpo llamado epidimio, cuyo punto de origen era un tejido esponjoso que se asemeja o remeda a la vesícula seminal, situada al lado del cuello de la vejiga".

Llama poderosamente la atención cómo desde GALENO hasta el siglo XVI, no se vuelve a hablar de la próstata, y sin embargo es llamativo cómo se desarrolla la "operación de la piedra" que se practica sin prestar atención a la causa que en muchas ocasiones la origina como es el crecimiento prostático. No es por ello sorprendente que la mayor parte de las operaciones de la piedra vesical se realizaran casi exclusivamente en el hombre, pues la madre naturaleza no dotó a la mujer de próstata.

Llegamos así al siglo XVI cuando NICOLO MASSA médico veneciano, en 1536 describe la anatomía macroscópica de la glándula prostática.

NICOLO MASSA describe por primera vez el significado fisiológico de la próstata pensando que su función era regular y purificar el esperma al que proporcionaba el "Espíritu vital capaz de generar".

Es a JEAN RIOLANUS en 1649 en su obra OPERA ANATOMICA al que se debe haber correlacionado la obstrucción vesical con el engrosamiento de la pared de la vejiga y haber dado una explicación fisiopatológica a este fenómeno, que lo atribuía a una próstata hiperplásica.

MORGAGNI, anatómico de la Universidad de Padua en su libro THE SEATS AND CAUSES OF DISEASES (1769), describe la próstata como una estructura glandular compacta. Confirma las ideas de J. Riolanus y describe "excreciones mórbidas" de la próstata que incluyen un lóbulo central del tamaño de una uva.

Pero fue fundamental en 1788 cuando JOHN HUNTER describe magistralmente para su época los efectos que sobre la musculatura vesical y dilatación del tracto urinario ejerce la obstrucción del cuello vesical, por hiperplasia de dos lóbulos laterales y uno medio.

Es bien sabido que para que se desarrolle la próstata son necesarios los testículos y edad. Es conocida la dependencia hormonal de la próstata gracias a la interacción de las gonadotrofinas hipofisarias con los testículos y de éstos con la próstata. Gracias a estas interacciones se han desarrollado tratamientos muy eficaces para el cáncer de próstata y algunas formas de adenoma de próstata.

La dependencia hormonal de la próstata se puede constatar en base a hechos ya demostrados. En efecto, H. HUNTER en 1792, experimenta en ratas machos prepúberes, a quienes somete a castración evitando así el desarrollo de la próstata. A nivel humano, es sabido que en el varón eunuco no hay desarrollo prostático y que la castración origina regresión e involución prostática.

Estos trabajos pioneros de J. HUNTER, trasladados a la época moderna tuvieron su aplicación en la investigación de CHARLES HUGGINS en 1941, al comprobar la regresión del cáncer de próstata cuando a pacientes diagnosticados de ello eran sometidos a castración o a tratamiento estrogénico. Esto le valió a este autor el premio Nobel en 1966.

MERCIER en 1841, asegura ser el primero en describir la presencia de válvulas a nivel del cuello vesical. Por primera vez emplea el término "hipertrofia" en su libro "Investigaciones sobre las enfermedades de los órganos urinarios y genitales considerados especialmente en los hombres de edad". Describe como la obstrucción, es causa de retención, reflujo o rebosamiento y ocasiona cambios fisiopatológicos en el tracto urinario superior.

Estaba este autor de acuerdo con las ideas de J. HUNTER y en contra de las opiniones de CIVIALE, quien pensaba que el cuadro de obstrucción era fruto de una atonía y parálisis del músculo vesical.

Muchos otros se habían referido antes o se refirieron después al cuadro clínico ocasionado por el agrandamiento prostático. Entre ellos PETIT (1774), AMUSSAT (1832) o A.PARE quien creía que un "agudo humor que fluye de las glándulas denominadas prostatae" eran la causa de las carnosidades de la uretra, y que el médico español FRANCISCO DIAZ describe en 1588 en su libro "Tratado de todas las enfermedades de los riñones, vejiga y carnosidades de la verga y orina".

G.J. GUTHRIE en 1834 se refiere a dos síndromes obstructivos del cuello vesical. Uno ocasionado por una próstata hiperplásica y otro debido a una fibrosis o barra rígida que reemplaza el tejido elástico del cuello vesical. A esta última variedad es muy posiblemente a la que se refirió MARION en 1827 y a los que se ha llamado de distinta forma: "Enfermedad de Marion", "Barra mediana", "Barra fibrosa", "Fibrosis", "Esclerosis o contractura del cuello vesical" o "Prostatismo sin Próstata".

En 1806 EVERARD HOME a la sazón cuñado de J. HUNTER edita un libro sobre la próstata basado en manuscritos no publicados de su cuñado. Describe el "lóbulo central" o "Tercer lóbulo" y se le recuerda por su estudio sobre la hiperplasia del lóbulo subcervical y las glándulas subtrigonales.

Más estudios sobre la sintomatología de la obstrucción urinaria por agrandamiento prostático fueron publicados por FELESE GUYON y colaboradores de la Clínica Necker de París. En 1902 ALBARRAN urólogo de origen cubano y formado en París describió la hiperplasia de las glándulas subcervicales correspondientes al lóbulo central que lleva su nombre. RANDALL en 1931 describe este lóbulo central como "un lóbulo delicado, artístico, simétrico, equilibrado y agraciado".

Las opiniones de HENRY THOMSON en 1888, perjudicaron el avance del conocimiento sobre el síndrome prostático. Decía que si durante 1-2 años era necesario practicar cateterismo para la retención de la próstata, la vejiga perdía su fuerza y ya era incapaz de recuperarla, aún cuando la obstrucción desapareciera.

Es posible que estas ideas que muchos ya compartían anteriormente, fuesen las responsables del escaso interés quirúrgico que despertó la enfermedad prostática y que solamente a finales del siglo pasado se empezasen a realizar las primeras adenomectomías como veremos posteriormente.

En 1894 Jóres sugiere que la hiperplasia prostática se origina en las glándulas periuretrales. Estos hechos se establecieron definitivamente en los estudios de ALBARRAN y MOTZ en 1902 y de MOTZ y PEREARNAU en 1905.

Estas próstatas hiperplásicas pueden adquirir tamaños muy considerables y así nos encontramos autores que comunican sus experiencias. Digamos que cada uno se disputa "la más grande todavía" y que a manera de trofeo el héroe muestra el final de la batalla. Así THOMAS BARTHOLIN informa sobre una próstata del tamaño de una cabeza humana y que MERCIER pone en duda pues dice no "cabe en la pelvis". CHARLES BALL, en 1822 describe una glándula prostática de "tamaño monstruoso", tan grande como un coco y añadiendo... además tropical. FULLERTON en 1909 extirpó una próstata que pesaba 510 gr. Al parecer la próstata más grande extirpada por enucleación fue la informada por OCKERBLAD en 1946 que pesaba 820 grs. En España P. MONTAÑES, publica un caso de ademonia prostática con un peso de 810 grs. en 1967.

LAS CAUSAS

La total ignorancia sobre las causas de la hipertrofia prostática han permanecido en la más absoluta oscuridad hasta mediados de nuestro siglo. Muchas teorías o mejor pensamientos, basados en reflexiones de los propios observadores han permanecido durante mucho tiempo. Así, Sir BENJAMIN BRODIE en 1849 decía "Cuando el cabello se vuelve gris y escaso, cuando notas que materia terrosa empieza a depositarse en las tunicas arteriales y cuando una zona blanca aparece en el margen de la córnea, al mismo tiempo la glándula prostática suele aumentar de tamaño". Es evidente que se refiere a la edad como factor esencial en el desarrollo de la próstata. Igualmente Sir ASTLEY COOPER en 1831 decía que "la próstata aumenta de tamaño como consecuencia de la edad y no de la enfermedad".

Decíamos antes que para que la próstata se desarrolle sólo es necesario tener testículos y edad. En efecto al nacimiento la próstata suele pesar de 1 ó 2 gramos, aumentando lentamente de peso y volumen hasta la segunda década de la vida en donde alcanza un peso entre 18 y 25 gramos. Se considera que a partir de la cuarta o quinta década, la próstata puede sufrir un proceso de agrandamiento lo que constituye la Hiperplasia de la glándula. ¿Por qué se hipertrofia? Esta es una pregunta que durante siglos se ha hecho y que aún en nuestros días se sigue investigando, a pesar de los importantes adelantos existentes.

A parte de la edad otras causas eran esgrimidas, confundiendo la causa con el efecto. AMUSSAT en 1832 afirmaba "que era frecuente en personas de edad que permanecían sondadas durante mucho tiempo".

Para CIVIALE en 1844, sería la litiasis vesical o una estrechez de la uretra las responsables de la hipertrofia.

— Procesos Inflamatorios: Para JOHN HUNTER (1786) era la hipertrofia, propia de personas "con hábito escrofuloso". La gonorrea, la sífilis y la prostatitis fueron igualmente consideradas causas del aumento del volumen prostático (PETIT, DESAULT, AMUSSAT entre otros).

— Arteriosclerosis: Para LAUNOIS (1885) una arteriosclerosis generalizada ocasionaría efectos locales sobre la próstata que producirían su hipertrofia, idea apoyada entre otros por GUYON, pero no demostrada por FLOCKS en 1937 o MOORE en 1943.

— Congestión Prostática: La congestión venosa prostática y periprostática es una de las teorías más antiguas como responsable de la enfermedad. Para HOME (1818) la equitación y la bulimia o placeres de la mesa, para WILSON (1821) el

celibato o por el contrario una vida de excesos sexuales serían responsables del aumento prostático. En opinión de MERCIER (1841) las enfermedades venéreas y la masturbación o bien el sedentarismo (ya que la mayoría de sus enfermos eran zapateros), habrían de tenerse muy en cuenta en la etiología.

Es posible que en estas supuestas causas radique el mayor mito y leyenda que se tiene sobre la enfermedad de la hipertrofia de próstata. Difícilmente para hombres ilustres de la época el reconocimiento de síntomas de obstrucción prostática era factible, dada las implicaciones a las que se harían merecedores. Se trataba por tanto de una enfermedad “vergonzante y enviada como castigo divino”. Ilustres enfermos prostáticos fueron políticos, escritores, escultores, reyes, hombres de la iglesia, etc..., entendiéndose así que en muchas ocasiones su enfermedad se tuviese en el más absoluto secreto y oscuridad.

Para los italianos el mal de la próstata era llamado enfermedad de los Papas, queriendo significar muy posiblemente que es característica de varones longevos y castos, aunque lo mismo se atribuía a una vida desordenada como a la abstinencia sexual.

Las ideas que a principios de este siglo se tenían a cerca de las causas de la hipertrofia prostática eran de menos base científica que las sostenidas en el siglo XVIII por MORGAGNI y HUNTER.

En 1903 G.W. OVERALL publica su libro titulado “The Nonsurgical Treatment of Prostatic Disease” en donde entre otras cosas dice: “Los hombres por naturaleza se hallan más inclinados sensualmente que las mujeres, y cuando cultivan impulsos libidinosos y se asocian con prostitutas, son propensos a dar rienda suelta a sus tendencias sexuales en grado tal, como para desarrollar pasiones que pueden conducir a graves vicios morales, como coito o masturbación que conducen a lesiones de la próstata o alguna forma de enfermedad nerviosa. Las enfermedades prostáticas pueden producir formas distintas de trastornos mentales como inactividad, depresión y otras muchas aberraciones neuróticas”.

Otro autor DEEVER en 1905 a propósito de su libro “Enlargement of the Prostate: its diagnosis and Treatment” decía: “La gratificación excesiva con el coito se ha considerado desde tiempo atrás como posible factor en el origen de la hipertrofia de próstata, desde la próstata hipertrófica y dolorosa del masturbador joven, hasta la próstata del hombre de edad avanzada que desposa a una mujer joven”.

Estas ideas todavía iban más lejos, al afirmar TOBIN en 1902 que “si el deseo sexual persiste en hombres longevos, es una indicación de castración”.

A mi entender varias causas son el motivo de la leyenda “negra” que pesa sobre la próstata y que la hacen una enfermedad temida por los jóvenes (por ser según

ellos, enfermedad de viejos), muy respetada por hombres maduros (por ser la precursora del cáncer) y aceptada por los viejos por ser la evolución natural de un proceso fisiológico cuyo final es la hipertrofia y la operación. Nunca más lejos de la realidad, pues la enfermedad prostática no es exclusiva de los viejos, no es la precursora del cáncer y en la gran mayoría de los enfermos sintomáticos puede tratarse conservadamente más que por métodos quirúrgicos. Si a esto añadimos que muchas de las causas esgrimidas para el desarrollo de la hipertrofia son más producto de la imaginación, empezaremos a considerar la enfermedad prostática como una más dentro de las afecciones del hombre. Solamente hay una aseveración irrefutable en el amplio espectro de la enfermedad prostática ¡SOLO AFECTA A LOS HOMBRES! y tendremos mucho tacto y cuidado de decirle a un adulto joven en la tercera década de su vida que padece de próstata, pues posiblemente ya será un enfermo “psicoprostático” para el resto de su existencia.

Por último en el apartado etiológico, quiero referirme a las teorías endocrinas como las más plausibles en el desarrollo prostático. En los últimos 25 años se ha tratado de esclarecer el papel que juegan las hormonas sexuales y los factores del crecimiento en el desarrollo de la próstata. Los trabajos pioneros de J. HUNTER en 1792, demostrando que la castración en ratas prepúberes impedía el desarrollo de la próstata, tuvieron su confirmación en nuestra época con los trabajos de CHARLES HUGGINS (1941), al comprobar que el cáncer de próstata sufría regresión después de la supresión de andrógenos. Este hecho constituía una evidencia irrefutable del papel de las hormonas sexuales en el desarrollo normal y patológico de la glándula prostática.

Desde antiguo hasta la actualidad estos principios se han empleado (con las variaciones sustanciales que proporcionan el tiempo y la investigación) para el tratamiento de la hipertrofia benigna y de la enfermedad neoplásica, como veremos cuando hablemos de la evolución histórica del tratamiento de la enfermedad prostática.

Muchas observaciones clínicas e histológicas avalan lo anteriormente dicho: Por ejemplo RAND por un lado y WHITE por otro en 1895, tratan a varones con síndrome obstructivo por hipertrofia benigna de próstata con orquiectomía bilateral, observando una mejoría evidente de los síntomas con disminución a su vez del volumen prostático. Afortunadamente para nuestros días estos tratamientos pasaron a la historia hace un siglo, de lo contrario es posible que muchos varones actualmente pasaran a formar parte del coro de los CASTRATI manteniendo bellas voces, agudas pero entre otras cosas impotentes.

Histológicamente se pudo comprobar que pacientes tratados con orquiectomía o estrógenos, sufrían atrofia del epitelio prostático demostrado por atrofia glandular, disminución de luces acinares y disminución en la altura del epitelio.

WALSH y WILSON en 1976, indujeron la Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) en el modelo experimental del perro, mediante la administración de andrógenos. Desde entonces el modelo canino, ha servido como modelo experimental genuino en el estudio de la glándula prostática. Por la década de los 40, ya se conocían los efectos de las hormonas sexuales sobre el desarrollo de la HBP, admitiéndose que se trataba de un problema endocrinológico y más concretamente de una interacción entre andrógenos y estrógenos. Estos estudios han servido para desarrollar las investigaciones que en los últimos años se hacen sobre el efecto inductor del ESTROMA sobre el EPITELIO prostático y el papel que la TESTOSTERONA - DIHIDROTESTOSTERONA (DHT) y los ESTROGENOS tienen sobre el crecimiento prostático.

Actualmente es bien conocido que la Testosterona debe sufrir una conversión a Dihidrotestosterona, conversión que es mediatizada por la enzima 5-alfa-reductasa. La actividad de esta enzima se lleva a cabo fundamentalmente en el estroma significando una vez más el importante poder inductor de éste sobre el epitelio. Por otro lado está demostrado el sinergismo entre estrógenos y andrógenos (DHT o 3 alfa diol), en la próstata del perro. Los estrógenos en presencia de andrógenos 5 alfa reducidos (DHT), estimulan elementos del estroma prostático que a su vez inducen el crecimiento y desarrollo de la célula prostática en su parte glandular.

Todo esto en presencia de Factores de crecimiento tales como, FGF (Factor de crecimiento de fibroblastos), EGF (Factor de crecimiento epidérmico), FGT alfa y beta (Factores de crecimiento transformador alfa y beta) y otras de menor importancia, cuyo papel en el desarrollo prostático siguen siendo investigados.

En 1932 LOWER y McCULLAGH, pensaban que una segunda hormona testicular llamada "inhibina" influía sobre la glándula pituitaria para mantener los niveles de andrógenos en niveles normales. La disminución de esta hormona debido a la edad daría lugar a exceso de hormonas gonadotróficas, aumentando la producción de andrógenos, desencadenando hiperplasia.

Todos estos argumentos y muchos más imposibles de enumerar en el propósito de este discurso han apoyado la dependencia hormonal de la glándula prostática.

Incluso en 1841 THOMSON y VELPEAU apoyaron la idea que relacionaba el origen de la hipertrofia de próstata con una etiología similar a la del fibroma uterino. WIRCHOW en 1863 describe dos tipos de tejido en las próstatas

hiperplásicas: Uno llamado "adenoma" y otro "mioma", aunque le quedó la duda de si deberían ser consideradas como tejido neoplásico en el amplio sentido de la palabra.

PROSTÁTICOS ILUSTRES

La enfermedad prostática hasta principios de siglo se consideró consecuencia de vida desenfadada, por abuso de los placeres mundanos o resultado de enfermedades venéreas de juventud. Por ello se entiende el ocultismo que los que la padecían pretendieron tener, en ocasiones sobrellevando dolencias difíciles de soportar. Esto hizo que CIVIALE magnífico litotomista francés dijera: "Los excesos sexuales no pueden ser origen de la enfermedad prostática, puesto que la casi totalidad de los miembros de mi gabinete se hallan afectados de ella y estos señores no suelen mostrar habitualmente una desmedida inclinación por los placeres del amor".

La historia llena de hechos, nos presenta a personajes conocidos que pueden hacer célebre la enfermedad que padecieron. El famoso filósofo griego EPICURO, fundó en Atenas una escuela llamada EL JARDIN, en la que se consideraba el placer como el objetivo de la vida y la única felicidad.

Para alcanzar esto trató de suprimir el temor a los dioses y a la muerte, pero en dramático contraste con las creencias que había mantenido toda su vida, falleció el año 271 a. C. tras de 14 días sin orinar, víctima de la evolución de su adenoma de próstata.

Se dice que NERON, emperador romano estuvo afecto de próstata y padecía fuertes dolores de vejiga por retención urinaria. Según la leyenda, mandaba atar el pene a sus esclavos a quienes días después los hacía traer a su presencia para disfrutar de los quejidos y terribles dolores que generaba la imposibilidad de orinar, encontrando con ello alivio a su mal.

De PEDRO I EL GRANDE, Zar de Rusia se refiere la temprana edad a la que muere. A los 53 años muere, después de haber sido tratado por prestigiosos médicos de la época (Nicolás Bidloo, William Horn, Hermann Boerhaave de Leyde y Ernst Stahl), afecto de "vejiga infectada y cuello vesical endurecido", según lo cuenta Voltaire, historiador de su vida. Es posible que los sondajes reiterativos a los que tuvo que ser sometido por retención urinaria, generasen una infección de la que nunca pudo salir.

La enfermedad prostática de NAPOLEON III es posiblemente una de las más reseñadas en la historia y las de mayor impacto por la relevancia y personalidad del

personaje. Flagelado por los dolores y sometido a continuas curas de opio, no renunció a la guerra, prefiriendo quizá un fin glorioso al lado de sus tropas. Se cuenta que cabalgando en su caballo, tenía que ir provisto de gran cantidad de pañuelos y toallas que, absorbiesen la continua pérdida de orina.

Capituló ante el rey Guillermo de Prusia, pero muy posiblemente ya le había vencido su propia enfermedad.

En 1870 finalizada la guerra es exiliado en Inglaterra, en donde es atendido por Sir HENRY THOMSON el más prestigioso urólogo de la época. Es sometido a una primera intervención quirúrgica el 2 de enero de 1873 bajo narcosis clorofórmica y le son extraídos varios cálculos vesicales. El postoperatorio fue muy tormentoso y aquejado de altas fiebres y escalofríos, tuvo que ser de nuevo reintervenido cuatro días después para extraer un cálculo que había migrado a la uretra. Esta segunda operación representó un progresivo empeoramiento del enfermo que fallece el 9 de enero de 1873, tras fuertes polémicas y controversias entre cirujano y anestésista que se acusan mutuamente de lo incorrecto de sus actuaciones. La autopsia demostró la existencia de fragmentos litiásicos residuales en vejiga y en uretra.

Entre los reyes recordemos a LUISXI de Francia, ENRIQUE IV de BORBON y CARLOS V DE AUSBURGO. Este último, hijo de Juana La Loca y Felipe el Hermoso, fue sometido a tratamiento de retención de la orina por un tal Hamado Felipe. El tratamiento consistía en introducir a través de la uretra unas candelillas de cera que en sus extremidades estaban impregnadas de sustancias caústicas a base de cal viva mezcladas con alumbre, miel o baba de caracol.

De forma similar fue tratado, decenios más tarde, ENRIQUE V de BORBON por el médico LOYSEAU, quien empleaba candelillas a base de polvo de hierba de sabina, tan caústica y corrosiva como la anterior.

También hombres de la iglesia han padecido del mal de la próstata. Posiblemente para ellos no sólo un padecimiento físico sino moral, por las creencias de la época de ser un mal castigo de Dios, producto de vida desenfrenada. Recordemos a BONIFACIO VIII condenado por Dante a las penas del infierno y que padeció los horribles dolores de la enfermedad de la piedra como complicación de un agrandamiento de la próstata. Se trató asistiendo asiduamente a las termas FIUGGI en donde bebía sus aguas con propiedades medicinales en un intento de deshacer su piedra.

El cardenal RICHELIEU (1585-1642), comedido a sondajes intermitentes para aliviar sus retenciones, fue atendido por el cirujano JEAN DE MINGELOUSAULX.

Por último, ya en nuestro tiempo, mencionar a JUAN XXIII y PABLO VI quienes abandonaban con frecuencia sus audiencias para aliviarse del mal de la orina que les aquejaba.

Entre escritores, escultores, filósofos y pensadores podemos destacar ilustres prostáticos como MIGUEL ANGEL DE BUONARROTI, tratado del mal de piedra y próstata por su amigo el anatomista REALDO COLOMBO, nacido en Cremona en 1510 y sucesor de Andrés Vesalio en Padua. MIGUEL ANGEL se sometió a curas hídricas con agua de FIUGGI, localidad que por aquel entonces se llamaba Antipoli di Campagne.

MICHEL EYQUEM DE MONTAIGNE, en sus "Ensayos" reflejaba sus sufrimientos. Se llegó a decir que "el pensamiento de MONTAIGNE está encerrado en su vejiga", pues su padecimiento de próstata y cálculos vesicales lo atormentaron durante gran parte de su vida.

Las paradojas de la vida llevaron a OLIVER CRONWEL asesino del rey CARLOS I, a ser tratado de su enfermedad vesical (próstata y cálculos), por el médico inglés JAMES MOLEYNS, monárquico hasta la médula y que odiaba a CRONWEL por el asesinato de su rey. Se cuenta que después del éxito del tratamiento MOLEYNS, brindó por el rey al lado de su paciente. CRONWEL posteriormente le envió mil libros como pago a su asistencia, diciéndole con ironía que los aceptara en nombre del difunto rey Carlos.

De igual forma CHARLES DE GAULLE por los años 60 presidente de la República Francesa, fue portador de sonda permanente durante varias semanas, antes de ser sometido a operación de próstata en 1965. La operación se realizó en el Hospital Cochin y fue realizada por el célebre urólogo parisino ABOULKER, de origen argelino, país que curiosamente tanto odió al general. Ya se empleaban evidentemente los métodos quirúrgicos actuales de prostatectomía cuyos éxitos se cuentan por cientos. Curiosamente y en época más reciente ha sido tratado otro gran estadista francés, FRANCOIS MITERRAND. Aunque su enfermedad no era una hipertrofia benigna de próstata, sino una neoplasia que le llevó a la muerte después de que catorce años antes hubiese sido diagnosticado de esta enfermedad. Tras dos intervenciones por su cáncer de próstata y tratamientos complementarios con hormonoterapia, radioterapia y quimioterapia, falleció a los 79 años, el 8 de enero de 1996 en París.

En su lucha por la enfermedad recurrió a las medicinas alternativas, poniéndose en manos del Dr. MIRKOBELJANSKI médico yugoslavo residente en Versalles conocido por sus dotes de acupuntor y homeópata. Condenado en Francia por ejercicio ilegal de la medicina y la farmacia, recetó al estadista un producto prohibido

por las autoridades sanitarias galas, consistente en un radioprotector extraído de las hojas del GINKGO BILOBA, el primer árbol que brotó en Hiroshima después del lanzamiento de la bomba atómica.

Entre personajes públicos que han ganado la batalla al cáncer de próstata deben ser mencionados, el general Norman Schwarzkopf, comandante en jefe de la Guerra del Golfo Pérsico contra Iraq, que a sus 59 años en 1994, fue diagnosticado y tratado de un cáncer prostático incipiente. Igualmente actores con Jerry Lewis, Roger Moore y Sidney Poitier o el Rey Norodon Sihanouk de Camboya, han podido sobrevivir a este mal.

Muchos otros pasajes históricos se podrían referir a ilustres enfermos urológicos, pero baste tan sólo señalar que también la padecieron: JEAN BAPTISTE POQUELIN (MOLIERE), VOLTAIRE, JEAN-JACQUES ROUSSEA, D'ACEMBERT, LAVOISIER, ANTONIO SCARPAY VICTOR MARIE HUGO, entre otros.

LOS TRATAMIENTOS

El síndrome de la obstrucción del cuello vesical se conoce desde la antigüedad. La medicina asirio-babilónica se refería, entre otras, a determinadas dolencias urológicas tales como la "estrangulación del conducto" y que según LABAT es posible estuviese en relación con la hipertrofia de próstata. Su sintomatología era rica y variada, manifestándose por "dolor en los lomos, cansancio, fallos de memoria, pesadillas, palpitaciones y sobre todo el no descansar ni de día ni de noche".

De igual forma en el papiro de EBERS, se cita una enfermedad llamada "acumulación de orina" y para cuya curación se proponen recetas a base de frutas machacadas en agua, cocimientos de plantas y cuya administración se daba en forma de brebajes y emplastos o como pomadas en el pene.

El saber mesopotámico (asirio-babilónico), así como el egipcio, chino e hindú, involucraban extraordinariamente magia y religión en la cura de las enfermedades.

Las enfermedades urológicas son tratadas con métodos empíricos y sorprendentes. Así la enfermedad prostática que ha acompañado al hombre durante civilizaciones, no escapa a estas ideas y nos deja más que maravillados al comprobar la evolución de su tratamiento desde la antigüedad a nuestros días.

En definitiva para el tratamiento de "mal de orina" se empleaban múltiples e inverosímiles tratamientos, que excuso no referirme a su principio farmacológico

activo por ser de mi total ignorancia. Por lo tanto a manera de enunciado expondré una lista de tratamientos empíricos que refieren los tratados y artículos médicos referentes al "mal de orina".

Para mejorar la retención urinaria se empleaban según PLINIO EL VIEJO, polvo de conchas de caracol; ARETEO empleó gusanos humedecidos en miel; PABLO DE EGINA, sangre de macho cabrío y aceite de escorpión. También se emplearon semillas de zanahoria y de calabazas, así como semillas de hinojo. En el siglo XVI se empleó el llamado "Jarabe de palo" traído de Nueva España y preconizado por MONARDES.

Como medidas profilácticas aconsejaron cocimientos de cebolla, leche de mujer y calostro, así como ingestión de sustancias caústicas y alcalinas, bien dadas por boca o introducidas directamente en vejiga.

Como vemos, todas estas terapias se basaban más en la fantasía propia de curanderos y hechiceros que en la propia realidad médica.

Se operaba ya la piedra vesical sin poner remedio a la causa que la originaba. CELSO en Roma describe por primer vez "el corte de la piedra", técnica que con variables se perpetúa hasta finales del 1.700. GALENO en Pérgamo (Asia Menor) en el 128 d. C. también se refiere al "corte de la piedra". Aparecen distintos litotomistas entre los que hay que destacar en el siglo IX a JANUS DAMASCENUS (El Viejo), en el siglo X, ABUL-KASIM (ABULKASIS) el más importante cirujano del Islam, nacido en El Zahra en el 936 y AVICENA nacido en Afscena en el 980.

En el siglo XI hay que destacar a INB.SERAI (El Joven) y de este mismo siglo y el XII a la escuela Salernitana.

A partir de 1700 empiezan a aparecer cirujanos profesionales que desplazan a los barberos-cirujanos, operadores ambulantes, charlatanes, etc...

Aparecen en Italia por el s. XVIII expertos cirujanos oftalmológicos que cultivaban también el arte de la litotomía y que hace que en la Universidad de Nápoles, la Cátedra de Oftalmología comprenda también la Urología.

Destacan entre otros, la familia de los NORCINOS y sus discípulos, los COLLOT cuya fama de litotomistas hace que LUIS XV les condecere con el título "opérateur du Roi pour la pierre".

Como vemos, en ningún momento se piensa en la operación de la próstata, que al fin y al cabo, es en la gran mayoría de los casos, la responsable última de la litiasis.

La operación de CELSO "Viejo método o Pequeño aparato" es reemplazada en el s. XVI por el método "Grande aparato o Sectio Mariana", técnica atribuida a JUAN DO ROMANIS y popularizada por su discípulo MARIANO SANTO (Roma 1552).

Todas estas operaciones se realizaban por vía perineal, hasta que en 1561 el francés PEDRO FRANCO emplea por primera vez la vía suprapúbica o "Sectio Alta". Se idea la "litotomía lateral" gracias a FRERE JACQUES realizada por primera vez en 1697 en Fointenebleau.

Es sorprendente como empiezan a desarrollarse métodos instrumentales, empleando los "litótomos" para la ruptura del cálculo. ARISTOTELES, idea una sonda metálica provista de punta de diamante en su extremidad.

ABULCASIS recomienda el desplazamiento de la piedra enclavada en la uretra hacia la vejiga para allí triturarla y ser extraída, previo vaciamiento de la vejiga con un instrumento llamado "Almul" y con otro llamado "Moshaba Rebilía".

Ya en el s. XVIII HUNTER moderniza los instrumentos para la litotricia y CIVIALE emplea pinzas de tres brazos llamadas "Trilabe", que HERTELOUR en 1840 perfecciona, dotando al instrumento de brazos dentados que hacen mejor presa sobre el cálculo.

Se desarrolla un ingenioso "litótomo", provisto de un percutor de forma de martillo para localizar el cálculo, y de una pequeña rueda que se hace girar una vez apresado el cálculo, consiguiéndose su trituración.

A finales del s. XIX GUYON prestigioso urólogo del Hospital Necker de París, alrededor de 1890, pone a punto su técnica que se practicaba sólo los sábados, al cual llamó "Jour de lithotritie".

Los litotritores ciegos, pasan a ser litotritores de visión directa, llegando así al cistoscopio, exponente máximo de la urología moderna. Su desarrollo se debe entre otros a BOZZINI (1980), DESERMEAUX (1865), GRUNFIELD (1874). Pero indudablemente fue MAXNITZE en 1887 quien logra por primera vez y mediante un sistema de lupas provisto de iluminación eléctrica, ver el interior vesical.

Comienza aquí el desarrollo de las técnicas de cirugía endoscópica uretroprostatovesical sobre las que luego volveremos.

El verdadero tratamiento de la retención de orina comenzó en el s. III a. C. con el griego ERISTRATO quien ideó una sonda en forma de S fabricada en cobre. La forma en S trataba de remediar las "curvas" de la uretra masculina.

Otros materiales empleados por médicos árabes, entre ellos ABULCASIS, fueron los catéteres fabricados en plata, cuero, bronce, hierro, pluma y piel de anguila.

ORIBATIUS idea para las estenosis de uretra, pluma de ave a la cual cubre con pergamino desecado. Introducida en uretra, la secreción uretral humedece el pergamino que al dilatarse, dilata la estenosis uretral.

A pesar de que muchas sondas y catéteres eran ideadas, deben destacarse los catéteres elásticos de SEDAN en 1777, el catéter acodado de MERCIER en 1840 y el catéter de balón de REYBARD en 1853, éste último ideado por este cirujano francés que ejerció el Lyon y en París y que tanto contribuyó al desarrollo de la cirugía digestiva, oftalmológica y urológica (dilatación intraluminal con sonda de balón insuflada con mercurio, uretrotomía interna, sonda de autoretencción). Por ello la actual sonda de FOLEY, debería llamarse sonda de REYBARD.

El sondaje era pues el tratamiento fundamental de la retención urinaria por hipertrofia de próstata antes de 1900. Se trataba de evitar las complicaciones del estasis, tales como el reflujo y la infección.

Indudablemente en ocasiones era imposible el sondaje debido o bien a estenosis o grandes próstatas, y los cirujanos de la época renunciaban a estos sondajes difíciles, temiendo la hemorragia y las falsas vías.

Por ello basados en las técnicas de litotomía se idean drenajes por otras vías, creando fístulas por vía transrectal o perineal. Estas técnicas son mejoradas por DIEULAFOY en 1869 empleando agujas de punción suprapúbicas, creando fístulas permanentes que alivian al enfermo.

FRANCISCO DIAZ (1527-1590), en 1588 en su Libro "Tratado nuevamente impreso de todas las enfermedades de los riñones, vexiga y carnosidades de la verga y urina", hace mención al uso de candelillas, juncos, tallos o algalias, como instrumentos útiles para resolver la retención de orina.

Antes de referirme a la prostatectomía veamos someramente que otros métodos se habían empleado para mejorar los síntomas del agrandamiento prostático.

MEDICAMENTOS

Cicuta, mercurio, hidrocloreto de amonio, iodo y bromo, que se pensaba podían reducir el tamaño de la próstata. También se prescribía el cornezuelo de centeno y la estricnina. En 1845 STAFFORD aconsejaba Yoduros aplicados por vía rectal o localmente en la uretra. REINART prescribía en 1895 próstata fresca de toro y ORASION empleaba extracto prostático en tableta o como MARION EN 1923 en inyecciones hipodérmicas.

Con el fin de disminuir el tamaño de la próstata también se recomendaron inyecciones intraprostáticas de sustancias esclerosantes, tales como Yoduro (Axel Inversen y Heine 1874), nitrato de plata y cocaína (Hall 1887). Los resultados fueron decepcionantes y por ello abandonados.

Sin embargo en 1966 TALWAR y PANDE reintroducen el método y comunican sus resultados de inyección intraprostática de ácido carbólico diluido y solución de ácido acético glacial. Refirió éxitos del 78% en 188 enfermos con hiperplasia prostática sin mortalidad alguna.

Los masajes prostáticos fueron recomendados por ALBARRAN (1905) y HINMAN (1935).

La aplicación de corrientes galvánicas en la próstata (electrolisis) se recomendaron en 1859 por TRIPIER. Corrientes de alta frecuencia se aplicaron a través de un electrodo rectal por BOLTON en 1910.

Igualmente se emplearon Rx y radioterapia con el fin de conseguir alivio sintomático, método recomendado por ROBARTS (1902), HUNTER (1908) y DESNOS (1909). El fracaso de la técnica obligó a su abandono.

Con el fin de ensanchar la uretra y frenar el desarrollo de la próstata se empleó la dilatación de la uretra prostática, mediante un catéter provisto en su extremidad de una bolsa de piel que se distendía con agua durante 15 minutos. Según DORSEY en 1818, este método fue empleado por PHYSICK de Philadelphia. En esta misma vía LEROY D'ETIOLLES en 1849 emplea un instrumento diseñado por él, consistente en un dilatador de dos hojas que las expandía en uretra prostática. HARRISON en 1881 emplea sondas terminadas en punta de oliva de distintos tamaños y enseñaba a sus pacientes la dilatación. El éxito de estos tratamientos era sólo pasajero.

También se emplearon la cistopexia, anastómosis vesico-uretral y ligadura de arterias ilíacas internas y arterias y venas prostáticas, en un intento de conseguir la atrofia de la glándula prostática (BIER, 1893; CRAIG, 1854; LOZÉ, 1898).

Las operaciones sobre el testículo, cordón espermático y sus componentes se practicaron desde antiguo. Ya se comentaron los experimentos de J. HUNTER (1786) al demostrar que la castración en animales jóvenes impedía el desarrollo de la próstata y en adultos ocasiona la atrofia. Este hecho hizo que la orquiectomía se utilizara por un sin número de cirujanos para mejorar los síntomas de prostatismo y atrofiar la próstata. Entre los que emplearon el método destaquemos a MERCIER (1857), TUPPER (1877-1882-1886), LAUNOIS (1884), SINITZIN (1886), WHITE (1895), CABOT (1896). Evidentemente este tratamiento estaba llamado a ser una importante terapéutica en el cáncer de próstata, pero nunca en la hipertrofia benigna como se utilizó. De la misma forma se trató de utilizar la vasectomía, esperanzados en que se produjera la atrofia prostática y la mejoría de los síntomas. Los trabajos de ALBARRAN y MOTZ en 1898 demostraron la inutilidad del método.

Un método llamado la angioneurectomía que consistía en la sección de los nervios del cordón espermático preconizado por PRZEWALSKI en 1897, buscaba el mismo efecto que los anteriores. Ante la inutilidad del mismo éste fue abandonado.

LA PROSTATECTOMÍA

Aunque el nombre correcto de esta operación es adenomectomía, en muchos centros se ha consagrado como prostatectomía. Es necesario decir que en el sentido clásico de esta palabra lo que se extirpa es el adenoma y no la glándula prostática, hecho que sólo ocurre cuando se practica una prostatectomía radical para el tratamiento del adenocarcinoma prostático.

Durante varios siglos se ignoró a la próstata en detrimento de una de sus consecuencias: la Litiasis vesical. Ha sido sólo a finales del siglo XIX cuando aprovechando los conocimientos de las vías de abordaje de la litiasis vesical (perineal y suprapúbica fundamentalmente), se inicia la era de la cirugía prostática. Primeramente abordada por vía abierta y poco después por vía endoscópica (Resección Transuretral), siguen constituyendo en el siglo actual los principales métodos terapéuticos del adenoma de próstata sintomático y obstructivo.

Fue la litotomía y sus vías de abordaje, fundamentalmente perineal y suprapúbica, sobre los que se basó el progreso de la cirugía prostática. El abordaje más empleado en principio fue el perineal, posiblemente basados en los escritos y enseñanzas de Hipócrates que decía que "las heridas vesicales eran mortales".

Prostatectomías parciales habían sido realizadas por AMUSSAT en 1827, por VON DITTEL y BILLROTH en 1885 y en 1886 por BELFIELD y TRENDELENBURG.

En un primer período se abordó la próstata por vía perineal aprovechando la práctica de una litotomía por esta misma vía.

La idea que se tenía del mecanismo valvular responsable de la retención urinaria por una "válvula o lóbulo medio" a nivel del cuello vesical, ayudó a idear técnicas con incisiones trasuretrales tales como el "cortabridor de MERCIER". BOTTINI desarrolló esta técnica trasuretral, que ayudó al adelanto de la litotricia.

CIVIALE practicó la primera litotricia endoscópica el 13 de enero de 1824. Sin embargo la técnica del corte de lóbulo prostático por vía trasuretral no progresó por ser una técnica ciega y de malos resultados.

FREUDENBERG en 1900 mejora esta técnica ayudado de un cistoscopio.

PROSTATECTOMÍA PERINEAL MEDIA

Esta técnica surgió como consecuencia de la litotomía perineal ciega y muchos cirujanos que la practicaban, la realizaban sin saber realmente que estaban extirpando la próstata. Se pensaba que podría ser un tumor vesical, un lóbulo medio prostático o un "tumor firme del tamaño de una nuez" a nivel del cuello vesical.

En 1639 COVILLARD, en el curso de una litotomía perineal, tiene que extirpar con forceps una próstata, probablemente un lóbulo medio que impedía la extracción del cálculo. En 1881 REGINAL HARRISON extirpó la parte móvil de una próstata que impedía extraer unos cálculos vesicales.

Pero se atribuye a GEORGE COODFELLOW la primera prostatectomía perineal completa en septiembre de 1891. Los resultados de sus operaciones los comunicó en 1904, relatando lo ocurrido con 78 intervenciones sólo con dos muertes.

J.H. NICOLL de Glasgow y SAMUEL ALEXANDER de Nueva York comunican en 1894 y 1896 respectivamente los resultados de la prostatectomía perineal realizada por vía combinada, suprapúbica y perineal. Empleaban la vía perineal, empujando por vía hipogástrica la próstata para acercarla al periné y facilitar así su extracción.

En 1890 LEOPOLD VON DITTEL realiza su "prostatectomía lateralis" ya que la prostatectomía perineal mediana entrañaba dificultades técnicas que limitaban su indicación. Sin embargo los resultados no fueron satisfactorios por lo que fue prácticamente abandonada.

Es interesante reseñar que para la prostatectomía perineal se idearon unos instrumentos que ayudaran a acercar la uretra al periné. A manera de información, mencionemos los depresores prostáticos de A.H. FERGUSON, el tractor prostático de PARKERLYON, retractores de gancho de J.B. MURPHY y los "desenclavadores prostáticos" de ALBARRAN, LEGUEU, PEZZER y H. YOUNG.

La técnica perineal no encontró muchos adeptos, aunque debemos mencionar defensores de la misma, que además implantaron modificaciones técnicas de gran interés. Así tenemos a PROUST en 1901 quien ligaba los deferentes para disminuir la incidencia de orquitis. Igualmente ALBARRAN también en 1901, practicó por esta misma vía la extirpación de lóbulos hiperplásicos.

En 1903, HUGH YOUNG describe la intervención clásica de prostatectomía radical que lleva su nombre. Los resultados de este autor se informaron en 1908, con un porcentaje de éxitos sorprendentemente satisfactorios, pues sobre 128 intervenciones sólo se comunicaba un fallecimiento.

Esta vía perineal fue defendida en Francia por ALBARRAN y en España por la escuela de PUIGVERT en Barcelona.

LA PROSTATECTOMÍA SUPRAPÚBICA

A pesar de las prostatectomías parciales realizadas anteriormente y siempre como complemento y en curso de operaciones de litiasis vesical, fue ARTHUR FERGUSSON Mc GILL, nacido en 1846 en Cartmel (Lancashire) a quien se atribuye el haber realizado la primera prostatectomía suprapúbica reglada en el mundo.

La operación se llevó a cabo en un paciente de 53 años llamado EDWARD WARD, quien llevaba cinco años de dificultad urinaria y dolores miccionales. Fue intervenido el 24 de marzo de 1887, bajo anestesia con éter y mediante abordaje suprapúbico. No solamente se extirpó su próstata, sino que se extrajeron del interior de la vejiga seis cálculos que pesaron en conjunto 174 gramos. El paciente fue dado de alta el 30 de abril, es decir, cuatro semanas más tarde después de su intervención con muy buen estado general. Posteriormente Mc GILL realiza otras dos prostatectomías en dos pacientes, uno llamado THOMAS TOWN de 65 años de edad y un tercero llamado JOHN DENNISON de 61 años. Sus resultados los publica en la TRANSACTIONS OF THE CLINICAL SOCIETY en 1888. Mc GILL muere tres años más tarde víctima de una diabetes en noviembre de 1890, cuando sólo tenía 44 años. Muchas de las próstatas extirpadas por Mc GILL y sus compañeros (MAYO ROBSON, ATKINSON, JESSOP y LEALE), fueron conservados en el Museo del Ledds Scholl hasta no hace mucho tiempo.

Cuatro años más tarde de la muerte de A.F. Mc GILL, EUGENE FULLER, cirujano de Nueva York, realiza en mayo de 1894 su primera prostatectomía suprapúbica reglada, en donde la próstata era extirpada en "masa" o lóbulo a lóbulo. Describe su técnica original diciendo que "una vez expuesta la vejiga por vía suprapúbica, el dedo índice de la mano izquierda se introduce en la abertura uretral. Al mismo tiempo, con unas tijeras bastas en la mano derecha, se da un corte que se extiende desde el margen inferior de la apertura vesical interna, y hacia atrás desde una pulgada a una pulgada y media. A continuación uno de los dedos índice (el más cómodo para el cirujano), se pasa por el agujero vesical labrado por las tijeras, al mismo tiempo que el puño de la otra mano se apoya firme y hace presión desde el periné para facilitar la maniobra de enucleación prostática".

FULLER además dejaba un drenaje perineal, pasando un tubo de goma blando (nº 26 americano), a través de un corte en periné. El tubo atravesaba la cápsula prostática hasta quedar alojado en el interior de la vejiga.

FULLER en 1895 publica su comunicación "Sobre seis casos de prostatectomía realizadas con éxito y supervivencia". Lamentablemente estos trabajos no fueron conocidos en Europa, en donde por aquellos tiempos los adelantos médico-quirúrgicos eran infinitamente más tenidos en cuenta por la clase médica mundial.

Estos desconocimientos dieron lugar a una de las polémicas más singulares sobre una técnica quirúrgica que se recuerde, a finales del siglo pasado y comienzos del presente.

En efecto en el mes de agosto de 1900 RAMON GUITERAS a la postre fundador y primer presidente de la Asociación Americana de Urología, lee una comunicación en el Congreso Internacional de París acerca del "Estado actual del tratamiento de la hipertrofia prostática en los Estados Unidos". De paso hacia París, GUITERAS visita en Londres al Dr. FREYER el 4 de agosto de 1900 y le hace saber de la técnica de la prostatectomía empleada e ideada en Estados Unidos por FULLER. Tanto es así que GUITERAS le escribe a FULLER diciéndole "tuve el placer de ver al Dr. FREYER a quien expliqué el método empleado por Ud. para enuclea la próstata".

El 21 de noviembre de 1900, FREYER realiza su primera intervención de prostatectomía en el Hospital San Pedro de Londres. En julio de 1901, publica su polémica comunicación "La extirpación total de la próstata, para una cura radical del aumento de tamaño de dicho órgano".

La controversia estaba servida, FREYER en su técnica recomienda "recortar con unas tijeras o con la afilada uña del dedo, la membrana mucosa que cubre el lóbulo lateral o el lóbulo medio si lo hubiere. El dedo índice de la otra mano se introduce en el recto para empujar la próstata hacia el interior de la vejiga y facilitar su enucleación". El drenaje empleado por FREYER era suprapúbico y al parecer ésta era la principal diferencia con la operación de FULLER quien empleaba el drenaje perineal.

Las reacciones no se hicieron esperar. La primera de ellas fue la de MAYO ROBSON en el British Medical Journal quien afirma haber realizado en 1888 una cura del agrandamiento prostático por idénticos procedimientos que el de FREYER. Citó además 12 operaciones suyas y de las que ya había informado ocho años antes, además de considerar a FULLER como el pionero de la técnica.

FREYER insistía en sus comentarios, afirmando que él realizaba la extirpación del órgano entero con la cápsula verdadera adherida, y no como ocurría en la operación de FULLER en donde solo se realizaba una prostatectomía parcial.

FULLER por su parte dirigía una carta de protesta al British Medical Journal, y en donde, entre otras cosas, decía que la única diferencia entre las dos operaciones era el tipo de drenaje como se comentó anteriormente. Con ironía decía que la única contribución de FREYER a la técnica era la de "afilarse la uña del dedo enucleador".

También FREYER fue duramente criticado por su egoísmo, en la monografía escrita por HUGH CABOT quien califica a FREYER de indigno y poco convincente.

Pienso que en un afán por terminar con la polémica, FREYER citando a SIDNEY SMITH dice "El hombre que primero lo dice no es el primero en descubrir cualquier arte, sino aquel quien lo dice con tanta fuerza, durante tanto tiempo y con tanta claridad que obliga a la humanidad a escucharle". En efecto FREYER de esta forma consiguió que actualmente su operación se conozca con el nombre de técnica de FREYER, y no en todo caso de FULLER-FREYER que vista y repasada la historia sería lo más justo y adecuado.

Ya en 1912, FREYER publicó los resultados obtenidos en mil casos, en donde destacaba los buenos resultados funcionales, la baja incidencia de infecciones, que ya destacaba ALBARRAN en su libro y que atribuía al escaso despegamiento del espacio prevesical. Pero indudablemente lo que más sobresalía era la baja mortalidad postoperatoria, en donde, por aquella época, era sólo del 5,5%.

A pesar de que la operación de FULLER-FREYER se sigue practicando con grandes éxitos en la actualidad, otros cirujanos de la época quisieron contribuir con sus aportaciones a mejorar detalles técnicos.

Es el caso de THOMSON WALKER (1904) colaborador de FREYER que más que aportar, introdujo más controversias y discusiones sobre las ya existentes y despreció las intervenciones de BELFIELD, Mc GILL y FULLER llamándolas "meros esfuerzos de mordisqueo".

El desprecio de este autor hacia el trabajo de Mc GILL, enfriaron sus relaciones con Lord MOYNIHAN, gran admirador de su maestro y jefe Mc GILL.

En 1919 T. WALKER comunica sus aportaciones a la prostatectomía, consistentes en un acceso adecuado, control de la hemorragia, mediante ligadura de las arterias prostáticas, prevención de la estenosis del cuello vesical y operar no a ciegas, sino mediante la ayuda de una "lámpara de cabeza" para iluminar y visualizar el campo operatorio.

HARRIS en 1927 describe su técnica que fue considerada como un "brillante logro". Aporta una buena hemostasia, reconstrucción trigono-uretral mediante la trigonización y cierre primario de la herida operatoria.

THEODOR HRYNTSCHACK cirujano de Viena (1889-1952) y gran admirador de la técnica de HARRIS, describe en 1951 los pasos fundamentales de su prostatectomía. Realiza correcta hemostasia mediante suturas transversales del lecho prostático, resección en cuña del cuello vesical y retira el catéter uretral entre el primero y quinto día postoperatorio.

Como se ve, una gran preocupación existía por la hemostasia, que evolucionó de forma rápida y favorable, desde la compresión, ligaduras, taponamientos con tiras de gasa, hasta la actualidad en donde los puntos de hemostasia transfixiantes del lecho prostático y circunferenciales del cuello vesical, junto con la compresión de la celda con el balón de Foley, completan el éxito de una intervención reglada por excelencia (KEYES, CABOT, BARRINGER, DEEVER, FENWICK, FREYER).

Se idearon lavados o irrigaciones vesicales con líquidos calientes, o como FREYER que irrigaba la vejiga con nitrato de plata para cohibir la hemorragia u otros que empleaban soluciones de ácido bórico.

Por último, para control de la hemorragia se idearon bolsas hemostáticas que introducidas en la cavidad prostática comprimían el lecho, hemostasiando el campo operatorio.

Destacan las bolsas hemostáticas de BRIGGS, de HAGNER, de PILCHER, de BRAKE y de ANDREWS. En España ALCINA de Cádiz tuvo una idea original al inventar su balón hemostasiante intrarectal, que al ser inflado en recto comprimía la celda prostática y cumplía sus fines.

En la actualidad la sonda de Foley de tres vías para irrigación continua y provista de balones de gran capacidad, son útiles en ciertos casos, aunque su empleo para estos fines es muy controvertido.

Para terminar con la historia de la prostatectomía diremos que se idearon las operaciones en dos tiempos, fundamentalmente para pacientes urémicos a quienes en primer lugar se les derivaba por cistostomía y luego de mejorarles su estado urémico, se sometían a la prostatectomía. Las ventajas del método fueron destacadas por HUGHYOUNG en 1889, LICIENTHAL en 1905, CHETWOOD en 1906 y por LEGUEU, CABOT, PILCHER, MARION y COWSLEY en 1908-16-17-23 y 25 respectivamente.

En 1945 TERENCE MILLIN idea una técnica de prostatectomía retropúbica y que a la postre sería y es una técnica de gran aceptación, practicada por un gran número de escuelas urológicas del mundo.

Aunque en 1908 ya fue abordada la próstata por vía retropúbica por VAN STOCKON, se debe a MILLIN la popularidad del método, en donde destacaba el

ser un procedimiento extravesical, rápido, de baja mortalidad y morbilidad. Su principal inconveniente radica en las ostesis del pubis que pudiera dejar como secuela, pero a medida que la técnica se fue dominando, este inconveniente fue desapareciendo.

El trabajo original de T. MILLIN apareció en la revista The Lancet en diciembre de 1945 y se titulaba "La prostatectomía retropúbica: Una nueva técnica extravesical".

Creo que podemos decir con toda seguridad, que se trata de la última y mejor contribución de nuestros tiempos, al conocimiento de la técnica quirúrgica de la prostatectomía.

CIRUGÍA TRANSURETRAL DE LA PRÓSTATA

Sería interminable relatar métodos y autores desde la antigüedad a la actualidad, que se ocuparon con técnicas rudimentarias pero ingeniosas para tratar la retención urinaria por agrandamiento prostático.

A mi entender, sí merece la pena, mencionar los principales hechos que dieron lugar a la cirugía endoscópica actual, técnica apasionante y de resultados tan magníficos, que hacen de ella la principal técnica en el tratamiento del adenoma prostático obstructivo en la actualidad.

Recordemos que en 1575 A. PARE idea un instrumento para tratar las "carnosidades del cuello vesical" y que consistía en un catéter provisto en su punta de un elemento cortante que al pasarse de adelante atrás "desgastaba" la superficie prostática.

Desde entonces se idea lo que se llamaría "cateterismo forzoso" practicado con instrumentos a los que cada autor introducía modificaciones personales, pero siempre basados en catéteres con extremos cortantes.

HOME Y BRODIE (1811) idean la técnica de "Tunnelling" o perforación de la próstata. FITCH en 1887 para perforar el lóbulo medio, inventa su "catéter cortante de la próstata". Sir WILLIAM BLIZARD en 1806 realiza por vía perineal incisiones a ambos lados de la próstata, naciendo aquí por primera vez el concepto de Prostatectomía.

GUTHRIE en 1834 diseña su instrumento consistente en una sonda provista de una hoja de bisturí, oculta en el extremo de la sonda.

En 1836 MERCIER idea un instrumento similar al litotritor y cuya rama macho poseía un extremo cortante que escindía el tejido prostático.

Otros dispositivos fueron ideados pero con muy poco éxito, como fueron la “serre-noeud” de LEROY d’ETIOLLES, el “kiotomo” de CIVIALE y la “coupebride” de MAISONNEUVE.

GOULEY en América inventa un instrumento en forma de litotritor de tuerca, basado en el aparato de MERCIER, considerado por aquellos años (1878-1880) como el adelanto más importante en la cirugía transuretral de la próstata.

Por esta misma época, ENRICO BOTTINI en 1876 idea su incisor galvanocauterizador de la próstata, instrumento similar a un litotritor, que sufre modificaciones posteriores por el mismo autor, quien incorpora un sistema de refrigeración con agua para evitar quemaduras.

En 1877 MAX NITZE inventa el cistoscopio, dándose así el paso de gigante de la endoscopia moderna. Sin embargo antes de iniciarse la endoscopia moderna HUGH YOUNG en 1908 empieza a utilizar una cuchilla endouretral de forma tubular y cortante que él llamó “extirpador prostático”, pero que desde entonces se bautizó con el nombre de “The Punch” o “sacabocado”. Este instrumento sufrió modificaciones importantes por BRAASCH, BUMPUS y CAULK al que incorporan la posibilidad de hemostasia eléctrica.

Es en 1926 cuando MAXIMILIAN STERN idea el primer resectoscopio prostático, provisto de lentes telescópicas e iluminación mediante pequeñas lámparas eléctricas. Estaba provisto de un asa cortante de tungsteno encargada de reseca el tejido prostático. Este instrumento sufre sucesivas modificaciones, primero por DAVIS en 1931 quien incorpora una vaina de mayor calibre y pedal de doble mando para corte y coagulación independiente. Mc CARTHY incorpora al resectoscopio de STERN una vaina aislante de baquelita y una óptica foroblicua de mayor luminosidad y rendimiento. A este nuevo resectoscopio se le llama de STERN-Mc CARTHY.

En 1939 READ NESBIT introduce nuevos conceptos y modificaciones a la cirugía endoscópica de la próstata. Este autor idea el resectoscopio con resorte en espiral que sustituye al de la palanca de STERN-Mc CARTHY, permitiendo emplear una mano para operar y la otra para controlar el espesor del tejido prostático durante la resección, mediante tacto rectal.

Aunque muchas otras modificaciones se realizaron a los resectoscopios, mencionaremos por último las aportaciones del urólogo cubano J.J. IGLESIAS con quien tuve oportunidad de convivir y aprender durante su estancia en Madrid en la Fundación Jiménez Díaz por los años 1970-71. Gran amante de la Urología Española, a quien siempre agradeció la preocupación y participación en su libera-

ción de las cárceles de Cuba y su traslado primero a México y después a Estados Unidos, en donde ejerció sus últimos años y dejó tantos discípulos, que han contribuido a perpetuar la cirugía endoscópica como técnica princeps en el tratamiento del adenoma prostático.

Este autor diseña e idea el arco de ballesta para accionar el asa del resectoscopio, sustituyendo el resorte en espiral de NESBIT. Inventa el resectoscopio de irrigación continua que tanto ha contribuido a disminuir el síndrome hemolítico de la resección transuretral.

Por estas mismas épocas mejoran los sistemas de generación y transmisión de luz, las pequeñas lámparas eléctricas, son sustituidas por lámparas de xenon o por las lámparas halógenas que se utilizan en la actualidad.

Se mejoran los sistemas ópticos y se impone el sistema HOPKINS ideado por HARALD HOPKINS, físico de la Universidad de Reading, que revoluciona el sistema de ópticas endoscópicas, incorporando cilindros de vidrio de extremo curvado, mejorando la transmisión de la luz y la visión endouretral y vesical.

Sería injusto no mencionar a grandes investigadores y urólogos españoles que tanto han contribuido al desarrollo del tratamiento de la hipertrofia prostática. Mencionemos por tanto a los profesores Salvador Gil Vernet, Pedro Cifuentes, Alfonso de la Peña, Antonio Puigvert y Luis Cifuentes entre otros. Ellos destacaron desde los aspectos anatómicos a la cirugía abierta y cirugía endoscópica a la que España tanto ha contribuido en su desarrollo.

La urología es una especialidad viva y como tal ha seguido buscando alternativas al tratamiento quirúrgico clásico de la hipertrofia prostática.

Les mencionaré sin entrar en ningún detalle, por no ser objeto de este discurso, los métodos que han sido empleados o que se emplean en la actualidad y que esperan evaluación para ser introducidos como verdaderas alternativas de la prostatectomía o de la Resección Transuretral:

— Criocirugía; dilatación con balón; Prótesis endoprostáticas permanentes y temporales; Hipertermia; Termoterapia; Ablación transuretral con aguja (TUNA); Focalización de alta energía (HIFU); Láser intersticial y de contacto; Incisión transuretral de la próstata o miocapsulotomía y más recientemente la vaporización prostática (Roller Ball o Vaportrode).

Este largo listado, me lleva a la reflexión de que se está pensando más en la próstata que en el enfermo, y no debemos olvidar que no existen enfermedades, sino enfermos.

De todas maneras deben saber, que solamente un bajo porcentaje de hombres que padecen síntomas de prostatismo deberán ser intervenidos. Un gran número de

pacientes sintomáticos pueden ser tratados con tratamientos médicos y en este sentido la evolución ha sido fantástica.

De los sorprendentes tratamientos utilizados en la antigüedad, hemos pasado a tratamientos con bases fisiológicas aunque algunos de ellos controvertidos.

Se han empleado ampliamente la fitoterapia y los extractos de órgano con resultados dispares, los hipocolesteromiantes y los inhibidores de las aromatasas en plan experimental.

Sin duda alguna, el mayor avance terapéutico lo han constituido el empleo de los alfa bloqueantes (Prazosín, terazosín, alfuzosín y Doxazosina), aprovechando la riqueza de receptores alfa en el tejido prostático y mejorando con su empleo los síntomas dinámicos.

Para mejorar los síntomas obstructivos se ha introducido el Finasteride, un inhibidor de la 5 alfa reductasa, que disminuye los niveles de Dihidrotestosterona (DHT), sin afectar en teoría los niveles de Testosterona. Su empleo ocasiona reducción del volumen prostático, aumento del flujo miccional y mejoría sintomática subjetiva. La disminución de la libido en un bajo porcentaje de casos es su efecto colateral más llamativo.

Los modernos tratamientos hormonales mediante bloqueo androgénico total (BAT), tan difundidos en el tratamiento del cáncer de próstata, también han sido ensayados en la hipertrofia benigna de próstata, siendo su empleo controvertido y aceptado sólo en casos muy seleccionados.

La importancia que ha alcanzado la patología prostática en los últimos años, ha hecho que se dediquen a ella libros, ponencias y congresos, amén de campañas de salud prostática, programas de radio, televisión y artículos de prensa, que han contribuido a su mayor conocimiento entre la población masculina.

La próstata es un órgano diminuto al nacimiento, pero una vez que alcanza su pleno desarrollo adquiere gran importancia en el varón adulto, porque es fundamental para la reproducción, cumpliendo una función sexual al proporcionar al espermatozoide los elementos nutritivos necesarios para su vitalidad y poder de fecundación. Los procesos patológicos que la afectan son especialmente importantes a partir de la cuarta o quinta década de la vida, por la gran incidencia y potencial gravedad a estas edades de la Hipertrofia Benigna de la Próstata y del Cáncer de Próstata.

Como dije al comienzo de este discurso, he pretendido deshacer mitos y leyendas que se han mantenido durante muchos años acerca de esta glándula y tratar de contar la realidad tal y como la conocemos a través de la historia.

He dicho.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALBARRAN, J. and MOTZ, B.: Etude experimentale et clinique sur le traitement de l'hipertrophie de la prostate par les operations practiqués sur le testicule et ses annexes. Ann Mal. Org. Urin., 1877; 21:1.
- 2.- AMUSSAT, J.: Amussat's lectures on Retention of Urine caused by strictures of the Urethra and on the Diseases of the Prostate. Edited A Petit. Trns. J.P. Jervy. Philadelphia Haswell, Borrington and Haswell. 1840.
- 3.- BOTTINI, E.: Radicale Behandlung der auf hipertrophie de la Prostate beruhenden Ischurie. Arch. Klin. Chir., 1877; 21:1.
- 4.- CIFUENTES DELATTE, L.: Cirugía Urológica Endoscópica, 2ª ed. Edit. Paz Montalvo, S.A. Madrid. 1981.
- 5.- CIFUENTES DELATTE, L.: Historia de la Prostatectomía. (Un breve esquema evolutivo). Discurso inaugural Sesión Real Academia Nacional. Madrid.
- 6.- CIVIALE, J.: Traité Practique des Maladies des Organes Génito-urinaires. París, 1844.
- 7.- CLARK, P.B.: Centenary of de First Prostatectomy in Britain. Brit. J. of Urol., 1987; 60:549.
- 8.- DIAZ, F.: Enfermedades de los riñones vexiga y carnosidades de la verga. Madrid, 1588.
- 9.- FREYER, P.J.: A clinical lecture on total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Brit. Med. J., 1901; 125: 11.
- 10.- FULLER, E.: Six sucessful and successive cases of prostatectomy. J. Cutan. Gen. Urin. Dis., 1895; 13:229.
- 11.- GUITERAS, R.: The present status of the treatment of prostatic hypertrophy in the United States. N.Y. Med. J., 1990; 72:974.
- 12.- HARRIS, S.H.: Suprapubic prostatectomy with closure. Surg. Gynec. Obst., 1930; 50:251.
- 13.- HOME EVERARD: Practical observations on the tratment of Diseases of the Prostate Gland. London, G., W. Nicol, 1811.
- 14.- HRYNTSEHAK, T.: Suprapubic prostatectomy. Trans. N. Maluf. Springfield, Thomas, 1955.

- 15.- HUGGINS, C., HODGES, C.V.: Studies on prostatic cancer: The effect of castration, of estrogen and androgen injection on serum phosphatases in metastatic carcinoma of the prostate. *Cancer Res.*, 1941; 1:293.
- 16.- HUNTER, J.: *Treatise on the Venereal Disease*. London, 1788.
- 17.- LEPOR, H., LAWSON, R.K.: *Enfermedades de la Prostata*. Edit. Panamericana S.A. Buenos Aires, 1994.
- 18.- LEROY D'ETIOLLES, J.: *Therapeutique des Retrecissements de l'uretre, des Engorgements de la Prostata*. París, 1849.
- 19.- MARRI MALACRIDA, L.: *La prostata: evoluzione delle conoscenze anatomiche e fisiologiche*. *Min. Med.*, 1987; 78: 417.
- 20.- MASSA, N.: *Anatomiae liber Introductions*. Venice, 1536.
- 21.- Mc MCARTHY, J.F.: A new apparatus for endoscopic plastic surgery of the prostate, diathermia and excision of vesical growths. *J. Urol.*, 1931; 26:695.
- 22.- Mc GILL, A.F.: Suprapubic prostatectomy. *Brit. Med. J.*, 1887; 1104
- 23.- MILLIN, T.: Retropubic prostatectomy: A new extravesical technique. *Lancet*, ii; 693: 1945.
- 24.- MORGAGNI, G.O.: *The seats and causes of disease*. Translated by B. Alexander. Mt. Kisco, NY. Futura Publishing Co, 1960, 426-483. (Facsimile of the London, 1769, edition).
- 25.- MATX, B. and PEREARNAN: Contribution á l'étude de l'évolution de l'hipertrophie de la prostate. *Ann. Mal. Org. Gen. Urin.*, 1905; 23: 1521.
- 26.- MURPHI, L.J.T.: *The History of Urology*. Chapter 12. The Prostate. Charles C. Thomas. Publisher. Springfield. Illinois. U.S.A., 1972; 378-452.
- 27.- NESBIT, R.M.: Modification of the Stern-McCarthy resectoscope permitting thirrd-dimensional perception during transurethral prostatectomy. *J. Urol.*, 1939; 41:646.
- 28.- PELLICI, G.: *Illustres enfermos urológicos*. En *Iter Urológico*. Capítulo 6. Zambelletti-España. Madrid, 1977; 109-121.
- 29.- PURPON, I.: *Prostatectomía Transuretral Endoscópica*. Queromán Editores, S.A., Madrid, 1979.
- 30.- RAYMOND, G., CHEVALLIER, D., AMIEL, T.: 1987. Centième anniversaire de l'adénomectomie prostatique transvesicale. *Journal d'Urologia*, 1988; 94:353.

- 31.- RESEL ESTEVEZ, L.: *Tratamiento no quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata*. Tema Monográfico LVIII Congreso Nacional de Urología A.E.U. ENE Ediciones. Madrid, 1993.
- 32.- RODRIGUEZ RUBIO, F.: *La Próstata, esa desconocida*. Discurso inaugural Sesión Real Academia Medicina. Cádiz. 1990.
- 33.- STERN, M.: Resection of Obstruction at the vesical orifice, new instruments (resectotherm; resectoscope) and new method. *J.A.M.A.*, 1926; 87:1726.
- 34.- VESALIUS, A.: *Tabulae Anatomicae*. Venetiis, 1538.
- 35.- WHITE, J.W.: The results of double castration in hypertrophy of the prostate. *Ann. Surg.*, 1895; 22:1.
- 36.- YOUNG, H.H.: Conservative perineal prostatectomy: presentation of new instruments and tecnica. *J.A.M.A.*, 1903; 41: 999.
- 37.- YOUNG, H.: A new procedure (punch operation) for small prostatic bars and contracture of the prostatic orificie. *J.A.M.A.*, 1913; 60:253.
- 38.- ZULUAGA GOMEZ, A.: *La elección terapéutica en el paciente prostático*. V Jornadas Internacionales de Actualización Urológica. Madrid, 1-4 Noviembre 1992.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN

del

EXCMO. SR. DON IGNACIO MARÍA ARCELUS IMAZ

VICEPRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA
DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DEL DISTRITO DE GRANADA

GRANADA
1996

**Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de Granada.**

Excmas. e Ilmas. Autoridades

Ilmos. Sres. Académicos

Señoras y señores

Amigos todos:

Ante todo, quiero agradecer a la Junta de Gobierno de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Granada el haberme designado para contestar, en nombre de esta Corporación, al discurso de recepción académica del Prof. Armando Zuluaga Gómez, que ha de ocupar desde hoy el sillón número 26, correspondiente a la Sección de Urología.

Constituye para mi un alto honor el apadrinar la recepción del nuevo académico que accede a esta Institución a la temprana edad de 52 años, cuando mantiene plenamente vigente su entusiasmo juvenil, habiendo alcanzado ya una sazónada madurez y un gran prestigio en el ejercicio de su especialidad como Jefe del Servicio de Urología del Hospital Universitario, así como en el desarrollo de su actividad docente como Profesor Titular de la Facultad de Medicina.

El noble deber de contestar a su discurso de recepción académica me ha proporcionado -no sólo el alto honor que ello supone- sino también una extraordinaria satisfacción, porque pocas cosas pueden contentar más a un profesor universitario que un acto como el que hoy celebramos, con la recepción académica de quien fué alumno interno en nuestra Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgicas de la Facultad de Medicina de Cádiz durante los tres últimos años de su licenciatura, que finalizó en octubre de 1969.

Ya desde su época de alumno interno, Armando Zuluaga destacó por su amor al estudio, su diligente dedicación y gran sentido de responsabilidad para realizar

cumplidamente las tareas que se le encomendaban, así como por su carácter afable y caballerosidad en el trato con sus compañeros y superiores.

Estas excelentes cualidades las tuve muy en cuenta cuando pocos años después le pedí que viniera a Granada -como luego referiré- para incorporarle como colaborador en nuestro Departamento de Cirugía, porque tenía la certeza de que iba a hacer un buen "fichaje" (como se dice ahora en términos deportivos). Por mi parte adquirí, con esa petición, la responsabilidad moral de prestarle toda mi ayuda para que pudiera desarrollar plenamente su decidida vocación docente y profesional. El acto de hoy, con su recepción en esta Real Corporación, confirma que no me equivoqué en mi elección, con la cual estaba cumpliendo -sin yo saberlo en ese momento- el aforismo 62 del libro de Baltasar Gracián, titulado "El Arte de la prudencia", que fué publicado por primera vez en 1647, y que he tenido ocasión de leer recientemente, entre las muchas lecturas que había pospuesto para después de mi jubilación. En la introducción a este libro (en la edición de 1993), realizada por José Ignacio Díez Fernández (profesor de Literatura Española en la Universidad Complutense), el editor señala que Baltasar Gracián resume, en 300 aforismos comentados, "la sabiduría práctica necesaria para enfrentarse con éxito a un mundo competitivo y hostil".

En el citado aforismo 62: **CONTAR CON BUENOS COLABORADORES**, Gracián comenta que "La grandeza del superior nunca disminuyó por la competencia del subordinado, más bien, toda la gloria de los aciertos revierte después sobre la causa principal".

Yo he tenido la fortuna de contar con muy buenos colaboradores, y el profesor Zuluaga ha sido uno de los mejores. Por mi parte pienso -de acuerdo con el comentario de Gracián a su aforismo- que el mayor orgullo que puede sentir legítimamente un profesor universitario es el constatar que algunos de los que fueron sus discípulos llegan a alcanzar una categoría profesional igual, o incluso superior, que el conseguido por él. Esto es lo que yo espero y deseo que suceda con nuestro recipiendario de hoy.

Agradezco al nuevo académico las cariñosas palabras que me ha dedicado al comienzo de su discurso, que reflejan la afectuosa relación "maestro-discípulo" de aquellos lejanos años en la Facultad de Medicina de Cádiz, que se transformó en una cordial amistad desde que -como dije antes- aceptó mi petición de que viniera a Granada tras concluir su especialización en Urología, realizada durante el período 1969-1972, en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid (Clínica de Nuestra Señora de la Concepción, bajo la dirección del Profesor D. Luis Cifuentes Delatte).

Una vez incorporado en 1972 a nuestro Departamento de Cirugía en el Hospital Clínico Universitario, comenzó a desarrollar las correspondientes funciones docentes y asistenciales, con responsabilidades progresivamente crecientes, completando inicialmente su formación en Cirugía General, con su participación activa en las intervenciones quirúrgicas y en la asistencia pre y postoperatoria de los pacientes de cirugía digestiva, vascular, torácica y traumatológica, así como en la cirugía de urgencia, simultaneando estas actividades con la Cirugía Urológica a cuyo Servicio estaba adscrito. Como reconoce el propio Zuluaga en el extenso y brillante "Curriculum Vitae" que presentó para optar a la plaza de Académico que hoy ocupa: "La práctica y el aumento de mis conocimientos sobre la cirugía general redundó posteriormente, de forma muy positiva, en el desarrollo práctico de mi especialidad urológica".

Tras dedicar por completo su labor asistencial al Servicio de Urología como Jefe de Sección, es nombrado Jefe de dicho Servicio, primeramente con carácter interino, en 1975, y posteriormente en propiedad, por Concurso-oposición en 1977, cargo en el que continúa en la actualidad. Realizó su tesis doctoral sobre "Morfogénesis del glomérulo renal en relación al peso fetal" (dirigida por el Prof. Guirao), que obtuvo la calificación de "Sobresaliente cum laude" en febrero de 1977.

En cuanto a su labor docente, la inició como Profesor Ayudante de Clases Prácticas, en el Departamento de Cirugía y sus Especialidades en 1976, continuándola posteriormente como Profesor Adjunto interino de Urología desde 1977, y como Profesor Titular de dicha especialidad, con nombramiento en propiedad desde el 21 de enero de 1985, cargo que sigue desempeñando en la actualidad.

Su ingente labor docente e investigadora se refleja en su "Curriculum" con las 13 Tesinas y 9 Tesis Doctorales dirigidas por él, así como con los 100 artículos publicados en revistas nacionales y extranjeras del máximo prestigio en su especialidad.

Ha participado también en la publicación de varios Tratados y Libros de Texto, desarrollando algunos capítulos de su especialidad en el "Manual de Patología Médica", dirigido por los Profesores Peña Yáñez y Peláez Redondo (1983), así como en el "Tratado de Urología" dirigido por Jiménez Cruz y Rioja Sanz (1993), y en el libro "Urología/VESALIO", escrito por todos los Profesores de esta especialidad de la Universidad Española, estando pendiente de publicación su monografía "Estado actual de la Hiperplasia Prostática Benigna".

Quiero destacar en especial su participación en la redacción del volumen II del "Tratado de Patología y Clínica Quirúrgicas", dirigido por el Profesor H. Durán

Sacristán, desarrollando los capítulos de "Tuberculosis urinaria", "Hidronefrosis" y "Tumores del testículo" (Editorial Interamericana, Madrid, 1983). Quiero aprovechar esta ocasión para agradecerle públicamente esta valiosa colaboración, que yo le pedí conociendo su extensa experiencia en el tratamiento de estos problemas urológicos.

La capacidad de trabajo del Profesor Zuluaga es admirable. Es difícil comprender como ha podido distribuir su tiempo y energías para poder realizar la extraordinaria labor reseñada en su "Curriculum". Sin duda, ha sido un "traperero del tiempo", como se calificaba a sí mismo D. Gregorio Marañón cuando le preguntaban por el secreto de su prodigiosa producción científica y literaria. En efecto, nuestro recipiendario ha tenido que dedicar mucho tiempo y esfuerzo para poder impartir 11 Cursos del Doctorado; organizar 11 congresos, reuniones y jornadas en esta Real Academia y en la Facultad de Medicina; pronunciar 66 conferencias en diversos centros e instituciones de nuestro país; presentar 3 ponencias oficiales y 60 comunicaciones en diversos congresos y reuniones de su especialidad, tanto nacionales como extranjeros, participando, además, como moderador en 20 mesas redondas celebradas en los mismos. Con objeto de ampliar sus conocimientos en problemas concretos de urología, acudió a cuatro prestigiosos Hospitales de Alemania y a otro en Francia.

Ha sido galardonado con diversos premios, entre otros el que obtuvo -en enero de 1990- al presentar el trabajo titulado "Trasplantes renales. Técnicas y complicaciones", en el concurso convocado por esta Real Academia, y que le valió el ser nombrado Académico correspondiente de la misma.

Por sus propios méritos, nuestro recipiendario es miembro de diversas sociedades científicas, como la Asociación Española de Urología; Asociación Andaluza de Urología; Sociedad Andaluza de Sexología; Confederación Americana de Urología; Sociedad Internacional de Urología, y está pendiente de su ingreso en la Sociedad Internacional de Urología Pediátrica.

Como miembro de la Asociación Española de Urología, ha formado parte de la Junta Directiva de la misma. Ha sido uno de los fundadores de la Asociación Andaluza de Urología, a cuya Junta Directiva perteneció hasta completar el período reglamentario de cuatro años.

Es también miembro de la Comisión Nacional de Urología, a propuesta del Ministerio de Educación y Ciencia, desde el 23 de abril de 1990, continuando en dicho cargo en la actualidad.

Asimismo, es miembro del Grupo Español de la E.O.R.T.C. para el estudio de las neoplasias genitourinarias.

Pertenece a los Comités Editoriales de los "Archivos Españoles de Urología"; de "Actas Urológicas Españolas"; de la "Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid" (habiendo sido nombrado Consejero para los trabajos de la especialidad) y, finalmente, de la "Revista Panamericana de Urología".

No quiero terminar este condensado resumen de su extenso "Curriculum" sin hacer referencia a un hecho de gran trascendencia para nuestro Hospital Universitario. Cuando me hice cargo del Departamento de Cirugía en octubre de 1970, no existía un Servicio estructurado de esta especialidad en nuestro Hospital, y los enfermos urológicos estaban desperdigados en las diversas salas adscritas al Departamento. Por ello, cuando pudimos disponer de un espacio adecuado para la ubicación de dicho Servicio, en la tercera planta del pabellón quirúrgico, puse mucho empeño en conseguirlo, con la inestimable ayuda de la Dirección del Hospital, consiguiendo su inauguración en octubre de 1977, con la apertura de una sala y un quirófano dedicados exclusivamente a los pacientes urológicos, además de unos despachos y estructuras y personal administrativo para su adecuado funcionamiento.

Quiero resaltar la gran capacidad de gestión y organización del Profesor Zuluaga como Jefe de este Servicio, y gracias a su denodado esfuerzo -juntamente con sus colaboradores- ha llegado a ser uno de los más prestigiados de nuestro Hospital. Como fruto de este esfuerzo, se pudo establecer la "Unidad de Cirugía Endoscópica", dotado del más moderno aparataje para la práctica de la misma, realizando las técnicas aprendidas por Zuluaga junto al Profesor D. Luis Cifuentes Delatte (prestigioso especialista en este tipo de cirugía) en la Fundación Jiménez Díaz. Asimismo, gracias a las disponibilidades de un quirófano experimental -existente entonces en el Departamento de Cirugía- se pusieron a punto técnicas complejas, como la utilización del intestino en la práctica urológica y la realización de trasplantes renales.

Durante el período de su formación urológica en la Clínica de la Concepción de Madrid, nuestro recipiendario ya había participado activamente en el grupo de trasplantes renales dirigido por el Profesor D. Carlos Alférez Villalobos en la citada Clínica, de forma que se pudo iniciar un programa de trasplantes renales en nuestro Hospital Universitario. A este respecto es interesante consignar -desde el punto de vista de la Historia de la Cirugía granadina- que el primer trasplante renal de nuestra ciudad fué realizado en el Hospital Clínico el día 27 de abril de 1979. El riñón

trasplantado procedía de un donante vivo (generosamente donado por una hermana de la paciente), consiguiendo un éxito total con esta intervención, ya que continúa bien actualmente, con el riñón funcionante trasplantado hace 17 años. Hasta 1985 se habían realizado cinco trasplantes con riñones de donante vivo, y cuarenta y dos procedentes de cadáveres. El programa fué interrumpido en dicho año, por disposiciones administrativas (a un nivel superior al de nuestro Hospital), que no considero oportuno comentar en este momento.

Como señala el Profesor Zuluaga en su "Curriculum": "En los últimos años el Servicio de Urología ha seguido actualizándose, y fruto de ello son las Unidades de Litotricia extracorpórea, Urodinámica, Urooncología, Uroandrogía y Cirugía laparoscópica. Unas que se han incorporado, y otras que han seguido desarrollándose y que hacen del Servicio que dirijo una Unidad actual para la práctica de la Urología moderna".

Teniendo en cuenta la relevante personalidad de Armando Zuluaga en el ámbito de la Urología Española, considero que es la Real Academia de Medicina de Granada la que debe ser felicitada por el acierto con que fué elegido el recipiario para ocupar el sillón número 26, correspondiente a la Sección de Urología.

En el discurso que acabamos de escuchar, nuestro recipiario ha hecho un documentado recorrido histórico del llamado en otros tiempos "mal de orina" o "mal de próstata" y que actualmente denominamos "prostatismo" o "síndrome prostático", causado fundamentalmente por la hiperplasia benigna de la próstata, y (en sus etapas evolutivas avanzadas) por el cáncer de próstata, que originan una obstrucción progresiva del flujo urinario, con la consiguiente uropatía obstructiva hasta llegar a la retención aguda completa de la orina, si no se practica oportunamente un tratamiento apropiado de la afección prostática causante de la obstrucción.

El Profesor Zuluaga señala acertadamente que "ha sido sólo a finales del siglo XIX cuando aprovechando los conocimientos de las vías de abordaje de la litiasis vesical (perineal y suprapúbica fundamentalmente), se inicia la era de la cirugía prostática.

Desde el punto de vista histórico, considero muy interesante señalar que los avances en este terreno se consiguieron en un tiempo increíblemente corto, si tenemos en cuenta que Mc GILL fué el pionero de la prostatectomía suprapúbica en 1887 (siendo desarrollada seguidamente por FULLER a partir de 1894, y por FREYER desde 1900), y que la prostatectomía por vía perineal comenzó con GOODFELLOW en 1891, y fué perfeccionada por YOUNG desde 1903. Por tanto, en el corto período de 16 años -que comprende los últimos del pasado siglo y los

primeros del actual- se consiguió lo que no se había logrado en toda la historia anterior de la humanidad, es decir, la posibilidad de realizar un tratamiento quirúrgico eficaz de la obstrucción urinaria causada por la hipertrofia prostática, en los pacientes en que esté indicada esta intervención.

Pero por la misma época, se produjeron además unos avances de trascendental importancia para el desarrollo de la Urología. Me refiero al invento del cistoscopio por MAX NITZE en 1877, que posibilitó la realización de las técnicas cistoscópicas que dieron paso a la Urología moderna, y asimismo YOUNG inventó en 1908 una cucharilla endouretral de forma tubular y cortante, que él llamó "extirpador prostático", pero que pronto fué conocido entre los urólogos de su época con la expresiva denominación de "The Punch" o "Sacabocados", con el cual nació la cirugía transuretral de la próstata.

Es curioso constatar que en el mismo año (1887) en que Mc GILL realizaba su primera prostatectomía suprapúbica, se publicaba en Italia (en la Universidad de Padua), la revolucionaria aportación hecha por BASSINI con su técnica quirúrgica para la cura radical de la hernia inguinal, dando así comienzo simultáneamente a la nueva era histórica para la corrección quirúrgica de dos afecciones tan frecuentes como la hipertrofia prostática y la hernia inguinal.

ZIMMERMANN denominó "edades oscuras" a los muchos años que precedieron a BASSINI en el tratamiento de la hernia inguinal. Análogamente podríamos calificar como "agujeros negros" en la evolución histórica de los conocimientos sobre la próstata y sus afecciones (utilizando esta gráfica expresión de los astrónomos) si tenemos en cuenta que -como señala ZULUAGA- "desde GALENO hasta el siglo XVI, no se vuelve a hablar de la próstata" y asimismo refiere "la total ignorancia sobre las causas de la hipertrofia prostática, que ha permanecido en la más absoluta oscuridad hasta mediados del siglo actual".

Otra muestra de lo que estoy comentando es el largo período transcurrido entre las interesantes investigaciones experimentales realizadas por JOHN HUNTER en 1752, demostrando la anulación del desarrollo de la próstata en las ratas machos prepúberes sometidas a castración, y el trascendental descubrimiento de HUGGINS, al comprobar en 1941 la regresión del cáncer de próstata metastásico tras la castración o el tratamiento estrogénico.

La mayoría de los tratamientos que se utilizaron -y especialmente los medicamentos- carecían de fundamentos científicos y algunos eran completamente absurdos e ineficaces. No obstante, llegaron a aplicarse a prostáticos ilustres, como refiere ZULUAGA con abundante anecdotario, no exento de ironía.

Entre las muchas leyendas relacionadas con la historia de las afecciones prostáticas, nuestro recipiario hace referencia a la divulgada creencia de que la hipertrofia prostática es precursora del cáncer de esta glándula, señalando a continuación que se trata de un criterio erróneo. En efecto, ambos procesos patológicos son muy frecuentes en sujetos varones con edades avanzadas, y por tanto, pueden coexistir en el mismo paciente sin que por ello podamos atribuir a la hipertrofia una responsabilidad causal en la aparición del cáncer de próstata.

A este respecto, en una publicación reciente del prestigioso urólogo y Profesor de la Universidad de Barcelona, D. José María Gil-Vernet, titulado "Consideraciones en 1994 sobre el cáncer de próstata", hace la siguiente taxativa afirmación: "En la casi totalidad de los casos, el cáncer de próstata coexiste con un adenoma preexistente. El cáncer nace en la glándula prostática propiamente dicha, con absoluta integridad del adenoma. Nunca se da el caso contrario". Por tanto, se trata de dos procesos patológicos de distinta naturaleza y de diferente localización en la glándula prostática, aunque tengan -como nexo común- su dependencia hormonal de los andrógenos.

Como señala el Profesor CATALONA (Jefe de la División de Cirugía Urológica en el Departamento de Cirugía de la Universidad de Washington), en su excelente monografía "Cáncer de Próstata", publicada en 1990, la presencia de cáncer de próstata se identifica histológicamente entre el 10 y el 20% de las piezas operatorias de prostatectomía practicadas a pacientes con hiperplasia benigna de próstata. Ciertamente, la mayoría de estos cánceres (de hallazgo incidental, puesto que no son detectables clínicamente), corresponden al estadio TA-1 de la reciente clasificación (1989) de la OSCC ("Organ Sites Coordinating Center"), del Instituto Nacional del Cáncer en Norteamérica. Es decir, se trata de un estadio muy precoz correspondiente a tumores de pequeño tamaño y de bajo grado de malignidad, por lo que estos pacientes solamente precisan una vigilancia con seguimiento ulterior mediante determinaciones seriadas del nivel sérico del PSA ("Prostatic Specific Antigen"), teniendo en cuenta la escasa agresividad neoplásica y la favorable expectativa de vida de estos pacientes en el citado estadio tumoral. Pero no siempre ocurre así, y en el estudio histológico de las piezas operatorias se descubre ocasionalmente la presencia de un carcinoma de mayor tamaño y mayor malignidad que los antes comentados, y -por tanto- de pronóstico más grave (estadio TA-2 de la citada clasificación).

El problema de la detección de un posible carcinoma prostático coexistente con el adenoma, es de difícil solución en los pacientes sometidos a un tratamiento

médico de la hiperplasia, porque la existencia del adenoma puede enmascarar la presencia de un carcinoma. Afortunadamente, el seguimiento con los modernos procedimientos exploratorios, como la ultrasonografía rectal y las citadas determinaciones periódicas del PSA (además del clásico tacto rectal), y -en caso necesario- la biopsia con trocar, pueden ayudar eficazmente a solucionar este problema.

A este respecto, el Profesor GIL-VERNET, -en el artículo antes citado- comenta acertadamente la necesidad de poner en marcha programas adecuados de detección precoz del cáncer de próstata, tanto en los sujetos supuestamente sanos, como en los ya diagnosticados de prostatismo. Dice así: "Es sabido que la aparición del cáncer de próstata está estrechamente ligada a la edad, con lo que su importancia aumenta a causa del incremento de la esperanza de vida en la población. Se estima que un hombre de cada cinco, después de los cuarenta años, tiene un cáncer prostático, que puede evolucionar o permanecer siempre en estado latente, y que un hombre de cada cuatro, pasados los setenta, es portador de un cáncer prostático. Si consideramos que la incidencia de este tumor adquiere valores realmente impresionantes en el individuo que sobrepasa los ochenta años -lo que ahora es frecuente- la proporción se eleva a cuatro hombres de cada cinco, lo que significa que aumentará el número de pacientes tributarios de cirugía, sobre todo a partir del momento en que se resuelva el problema más importante: su detección precoz". Refiere también que "en España el 80% de los casos que se diagnostican son carcinomas diseminados, no tributarios de la cirugía radical, mientras que en USA, esta cifra se reduce al 40%". Por tanto, considero que es evidente la gran tarea pendiente de realizar en nuestro país para mejorar este lamentable índice de diagnósticos tardíos.

Basándose en una opinión (por aquel entonces muy extendida entre los grandes especialistas), el presidente Richard Nixon anunció, el 23 de diciembre de 1971 el final programado de este flagelo. La victoria -dijo- llegará en 1976, aniversario del bicentenario de la independencia de Estados Unidos. El optimismo se inscribía en la euforia de la conquista del espacio. Lamentablemente -como señala SCHWARTZ, cancerólogo del Hospital Tenon de París- "veinte años después de la fecha fijada y a pesar de los cuarenta mil millones de dólares procedentes de diversas dotaciones, e invertidos en la investigación a ambos lados del Atlántico, hay que plegarse a la evidencia: no solamente no se ha ganado la batalla, sino que -de una manera general- el cáncer muestra tendencia a aumentar".

En efecto -en lo referente al cáncer de próstata- en un reciente artículo de la revista Science (10 de marzo de 1995), se registra un aumento del 150% en la

evolución de la incidencia, y del 25% en la evolución de la mortalidad provocada por el cáncer prostático entre los años 1979 y 1991 en Estados Unidos. La progresión de la incidencia ha sido la mayor de las registradas, destacando considerablemente sobre las siguientes: el melanoma maligno (aumento del 75%), y del linfoma (aumento del 70%). Posiblemente este aumento puede ser explicado por la utilización de procedimientos diagnósticos que han sido perfeccionados durante el citado período de valoración estadística. No obstante, en el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, se está investigando actualmente la participación de algunos factores, como la herencia, dieta alimentaria, carcinógenos ambientales y agentes infecciosos en la etiología y patogenia del carcinoma prostático, como señala el Profesor Catalona (en la monografía antes citada), que concluye su publicación con un mensaje de optimismo y esperanza, afirmando que la morbilidad y mortalidad provocadas por el cáncer prostático podrán ser sustancialmente reducidas para las futuras generaciones, gracias al esfuerzo de investigación que se está realizando actualmente.

Al dar la enhorabuena a Armando Zuluaga en su recepción académica, quiero felicitar también a su ejemplar esposa Sonia, compañera de curso durante la Licenciatura de Medicina en Cádiz, y actualmente especialista de Anatomía Patológica de la Seguridad Social. Pienso que sin el apoyo y la comprensión de Sonia para ayudarle a soportar las grandes responsabilidades y sinsabores que conlleva nuestra dura profesión de cirujanos, Armando Zuluaga no hubiera podido realizar la espléndida labor que he pretendido reseñar en esta contestación a su discurso.

El nuevo académico nació en Colombia hace 52 años, en la localidad de Pereira (Risaralda), y vino a Cádiz para realizar sus estudios en la Facultad de Medicina, adquiriendo la nacionalidad española. Felicito también cordialmente a sus familiares -presentes en este acto- que han venido desde tan lejano país para compartir con nosotros la alegría de un día tan señalado para nuestra Real Academia.

Querido amigo Zuluaga, al darte la bienvenida a esta Real Corporación, tengo la certeza de que nos ayudarás eficazmente en las tareas que te sean encomendadas en el ámbito de la Urología, por tus grandes conocimientos en esta especialidad. Termino haciendo más las palabras de Julián Marías en el Discurso de Contestación al pronunciado por Miguel Delibes en el acto de su recepción en la Real Academia Española: “el gesto ritual que me habéis encomendado, abrirle las puertas de esta Casa al nuevo académico, se convierte para mí involuntariamente en otro más sencillo, espontáneo y humano: abrirle los brazos”.

He dicho.