

QUISTE DE PROSTATA Y ADENOMA

Por el Dr. ALBERTO J. CLARET

La rareza de los quistes de próstata justifican esta presentación. En 1952 fué operado un enfermo de 66 años de edad, con el diagnóstico de hipertrofia prostática. Al término de la misma, examinada la pieza operatoria, se encontró que uno de los lóbulos estaba constituido por un quiste glandular de alrededor de 3 cm. de diámetro, siendo el del lado opuesto, típicamente adenomatoso.

El examen anatomopatológico, confirmó el macroscópico como se verá al leerse la historia clínica del enfermo y su protocolo correspondiente.

Caso clínico: Hist. clin. 522, correspondiente a I. S. de 66 años, arg., casado, jornalero, domiciliado en Carhué. Ingresa al Policlínico Pte. Perón, el día 1º de marzo de 1952.

Antecedent. person. y hered.: Sin importancia.

Enferm. actual: Desde hace 3 años polaquiuria diurna y nocturna (4 veces) disuria inicial, incontinencia discreta. En algunas oportunidades, tumor inguinoabdominal izquierdo.

Estado actual: Enfermo en buen estado general, mucosas húmedas y rosadas, afebril.

Cabeza y cuello: s.p.

Boca: Faltan algunas piezas dentarias.

Aparato respiratorio: s.p.

Aparato circulatorio: Corazón: tonos normales en los 4 focos. Presión arterial: mx. 130, mn. 80. Pulso: 70'. Regular, tenso, igual.

Abdomen: Excursiona bien con los movimientos respiratorios. Abundante panículo adiposo. No hay zonas defendidas ni dolorosas a la palpación superficial y profunda. A nivel de la región inguinoabdominal izquierda, con los esfuerzos, se ve una tumoración redondeada del tamaño de un cobre, que es reducible.

Bazo e hígado: No se palpan.

Sistema nervioso: Reflexis y sensibilidad: conservados.

Aparato genitourinario: Micción, disuria inicial, polaquiuria diurna y nocturna.

Orinas: Ambar en ambos vasos.

Tacto rectal: Esfínter tónico, ampolla libre, próstata del tamaño de una ciruela, bien limitada, lisa siendo su lóbulo derecho más firme que el izquierdo.

Genitales externos: s.p. *Uretra:* Libre al explorador N° 20 —post. 5 cm.

Retención vesical: 70 grms.

Endoscopia: Se introduce sin dificultad el aparato, capacidad 350 cm., vejiga en columnas, mucosa sana, cuello saliente con ángulos diédros a 5 y 11 horas, signo de Marion bilateral.

Meatos ureterales: Bien implantados, de aspecto sano.

Diagnóstico: Adenoma periuretral.

Análisis comp. de orina: Ácida 1.026 normal. Urea en suero: 0.38 grs. % Glucemia: 108 grs. %

Tiempo de coag.: 2' y sangría 3'30".

Prueba de S.F.F. aparece 15' dosaje 65 %.

15-5-52: Operación. Adenomectomía transversal con raquianestesia.

30-6-52: Alta, curado.

Protocolo anatomopatológico (gentileza del Dr. M. Rappaport): La próstata enviada mide 6 cm. por 3 ½ cm. por 1 cm. polilobulada, blanquecina, semidura en casi toda su extensión, salvo hacia uno de los bordes, donde es depresible. Al corte se ven algunos pequeños

quistecillos de secreción blanquecina y hacia la parte media de uno de los lóbulos, una formación quística de $3\frac{1}{2}$ cm. de diámetro, cuyas paredes son muy moderadamente anfractuosas. Figs. Nº 1 y 2. Los distintos cortes demostraron una hiperplasia difusa glandular y una zona quística cuyas paredes están formadas por glándula de tipo prostático y cuyas células adoptan una forma cúbica, son de protoplasma ligeramente acidófilo y núcleo basófilo medio-basal. Esta capa epitelial es en su gran mayoría unicelular, aún cuando existen campos de pluricelular. En su mayor parte el borde del quiste, se presenta festoneado formando pequeñas papilas intraquísticas. Fig. 3 y 4.

Diagnóstico: Quiste glandular de próstata e hiperplasia glándula quística multilobulillar.

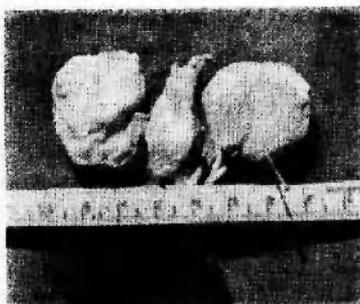


Figura 1

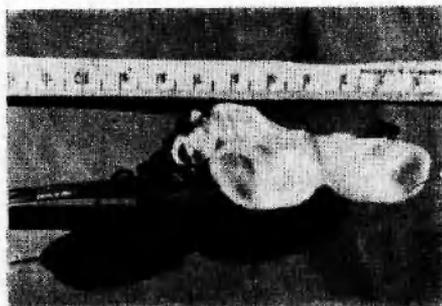


Figura 2

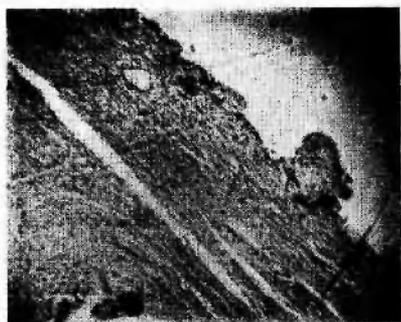


Figura 3



Figura 4

DISCUSIÓN

Dr. Armando Trabucco. — Quisiera aclarar el significado de la palabra "quiste". Mi impresión es que en el caso expuesto por el doctor Claret no se trata de un quiste sino de un pseudoquiste. Porque "quiste" es una colección líquida que se ha desarrollado en un tejido que nunca ha tenido comunicación con el exterior. Esto es un pseudoquiste porque es una glándula que estaba en comunicación con el exterior y que se ha obliterado por cualquier circunstancia.

Por otra parte, es común en los adenomas el tipo pseudoquístico de adenoma. El doctor Claret ha presentado un pseudoquiste, de tamaño grande, no usual, pero es común encontrar pequeños quistes que no son tales sino pseudoquistes porque la presencia de la glándula prostática indica que es continente de un líquido que no puede evacunarse. Se trata entonces, de un pseudoquiste de un adenoma y no de un adenoma y quiste, como lo señala el título de esta comunicación.

Dr. Alberto J. Claret. — He englobado este proceso con el nombre de quiste, aun cuando es indudable que dentro de los quistes de próstata estamos de acuerdo con el doctor Trabucco, que dentro de la patogenia existe una obturación, por lo que se produce la retención de la colección líquida que forma el quiste.

En los quistes de próstata está el tipo glandular, como podría ser el de este caso y cuyo informe anatómopatológico fué realizado por un histopatólogo avezado, que llegó a ese diagnóstico.