

PROSTATITIS CALCULOSA

ALGO MAS SOBRE SU ABORDAJE RETRO PUBICO

Por los Dres. F. G. ALSINA y A. A. GRIMALDI

En el Congreso Panamericano de Urología celebrado el año pasado en Mar del Plata expusimos nuestro criterio acerca de las indicaciones quirúrgicas en la prostatitis calculosa y las ventajas que encontrábamos en su abordaje retro-púbico. Como las actas de aquel Congreso se encuentran aún en prensa, reproduciremos en forma sucinta algunos conceptos enunciados en aquella oportunidad. Ante todo, la existencia de cálculos en el área prostática solamente se inscribe en el dominio quirúrgico cuando su hallazgo radiológico coexiste con un cuadro clínico de sepsis y obstrucción cérvico-vesical bien definido. Entre estos fenómenos básicos suelen intercalarse episodios febriles que irrumpen de modo inopinado y se atribuyen a veces a procesos estacionales. El anti-biótico de elección, o bien otro suministrado al azar, domina las crisis por lo general en forma rápida. No era así en el pasado, y para evocarlo basta leer las peripecias septicémicas de los enfermos sobre los que Heitz Boyer hizo una minuciosa y erudita disertación ante la Sociedad Francesa de Urología en su sesión del 18 de febrero de 1935. Hábil endoscopista, que ha dejado de su arte documentos de un gran valor didáctico, Heitz Boyer reconocía en la prostatitis calculosa la causa de accidentes toxiinfecciosos graves, y la atacaba debridando por electrocoagulación los orificios diverticulares que contenían los cálculos. En los años transcurridos desde entonces el instrumental operador endoscópico ha sido apreciablemente perfeccionado, pero asimismo no consideramos que por esa vía se alcanza de modo cabal los objetivos quirúrgicos que impone la enfermedad y sus consecuencias. Decíamos en nuestra comunicación anterior que los cálculos, firmemente impactados en los alvéolos glandulares, impiden la evacuación de los acinos, entretienen la infección y provocan la fibrosis del estroma y del cuello vesical suprayacente, tornándolo disquinético y estenosado. El tratamiento racional del proceso debe procurar, entonces, la remoción del tejido glandular séptico y la exéresis del cuello vesical escleroso, además de la eliminación de las concreciones calculosas. Endoscópicamente podrán extraerse los cálculos vecinos a la luz uretral, pero no los alojados en el parénquima, ni tampoco el tejido que los contiene. La vía retropúbica permite desprender la glándula de su estuche fibromuscular, y de ello podemos ofrecer en este informe un ejemplo particularmente demostrativo.

Historia clínica Nº 10.220. E. D. 54 años. Italiano. Antecedentes: constipado crónico pertinaz. Sufre de úlcera duodenal que trata con régimen blando y alcalinos. No ha tenido infecciones venéreas.

Enfermedad actual: Data de unos diez años atrás y consiste en dicuria y polaquiuria intermitentes, ardor y hematurias fugaces, terminales. Desde hace unos dos años, secreción

uretral mucopurulenta matinal. Ha sido medicado con todo el repertorio de sulfadrogas y antibióticos y a pesar de ello sus fenómenos miccionales se han agravado últimamente, manteniendo un estado subfebril y de quebranto general. Su clínico informa que las radiografías gastroduodenales acusan cicatrización de la úlcera y nos envía el enfermo para el tratamiento de la infección urinaria, a la que atribuye su decadencia orgánica.

Estado actual: Enfermo flaco y pálido. El examen clínico general es negativo. Aparato genitourinario: orinas turbias totales. Uretra de calibre normal. Retención: 300 c.c. Tacto rectal: próstata plana, de volumen normal, blanda, delimitable, dolorosa. Se percibe nítidamente una crepitación en su contenido, con los caracteres de la fricción calculosa. El urograma revela buena depuración bilateral, con moderada ectasia pielouretérica superior izquierda. En el área retrosinfisiaria se observa un conglomerado de sombras opacas de volumen entre un grano



Figura 1

de arroz y un garbanzo. En la periferia, hay otras sombras de mayor volumen correspondientes a calcificaciones ganglionares y flebolitos (Figura 1).

Operación: 8-VIII-1957. Prostatectomía retropubiana. Expuesto el espacio retropúbico, se secciona la cápsula en sentido transversal. Observada la zona uretral, se la retira hasta el pico de la próstata. A continuación se coloca el "spreader", exponiéndose ampliamente el cuello vesical que es grueso, saliente y rígido. Con bisturí eléctrico se secciona una amplia cuña de su labio posterior, maniobra que da acceso al clivaje de los lóbulos prostáticos laterales, que se inicia a tijera, y se completa en su cara posterior con maniobra digital. La glándula prostática es así extirpada de modo completo, y se percibe en su interior crepitación calculosa. En el lecho quedan algunos pequeños cálculos que se extraen a pinza. La hemorragia es insignificante. Con dos puntos posteriores se hacen el descenso del labio cervical a la pared posterior de la celda, y se coloca un tapón de gasa momentánea. En el interin se practica la vasectomía. Retirado el tapón y verificada la hemostasia, se coloca sonda uretral y se cierra la cápsula con sutura continua. Cierre por planos, con drenaje en el espacio de Retzius.

Postoperatorio: sin incidentes. Al quinto día se retira la sonda uretral. La micción se efectúa sin disuria, de una a tres horas. A los once días la orina es clara y el ritmo miccional de tres a cinco horas. Retención nula. Examinado dos meses después, el enfermo había aumentado de peso y experimentaba un completo bienestar.

COMENTARIOS

La pieza extraída, que presentamos, demuestra con la regularidad de su contorno que no se ha ejercido violencia en su extirpación. En los casos antes

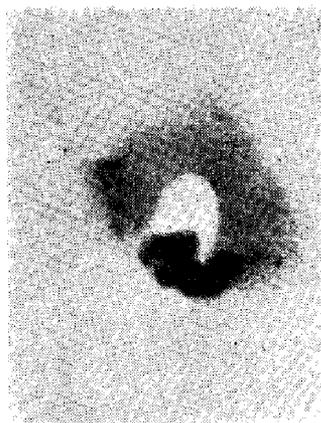


Figura 2

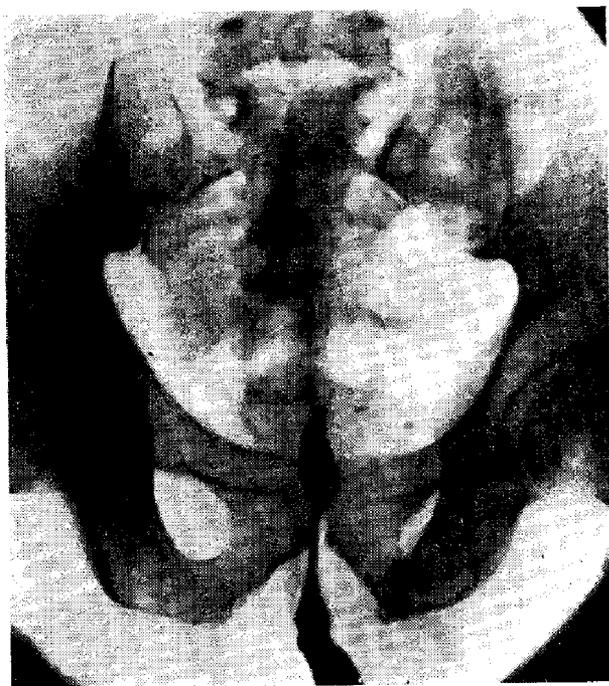


Figura 3

operados por vía transvesical, nos era necesario realizar esfuerzos digitales para desprenderla. La glándula era desgarrada antes que extraída, y la hemorragia mayor. La radiografía de la glándula muestra los cálculos diseminados en su

parénquima (Figura 2). Confirmando el resultado satisfactorio del tratamiento el contralor radiográfico postoperatorio, inclusive la uretrografía (Figura 3).

RESUMEN

Muéstrase una próstata calculosa extirpada por vía retropúbica, y una radiografía de la pieza operatoria con su contenido litiásico. Los autores consideran que el acceso por esta vía comporta ventajas apreciables en relación a las otras conocidas.